

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914. — N° 29

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES
DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MALADIE DE HALLOPEAU
(PYODERMITE VÉGÉTANTE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE PAMBET

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 7 Septembre 1890, à Marseille (B.-du-R.)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN
78, RUE CRILLON, 78

—
1913

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
MALADIE DE HALLOPEAU
(PYODERMITE VÉGÉTANTE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914. — N° 29

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MALADIE DE HALLOPEAU
(PYODERMITE VÉGÉTANTE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE PAMBET

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 7 Septembre 1890, à Marseille (B.-du-R.)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN
78, RUE CRILLON, 78

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEQ Doyen.
J. COURMONT Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUES
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X...
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNEQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M)
Thérapeutique	COURMONT (P)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND —
Accouchements	COMMANDEUR —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle	X...

AGRÉGÉS

MM. BARRAL	MM. LATARJET	MM. MOURIQUAND	MM. FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président*; RENAUT, *Assesseur*;
MM. PIERY et THEVENOT (Lucien), *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, le Général PAMBET

Commandant la 22^e Division d'Infanterie
Officier de la Légion d'Honneur

et A MA MÈRE

pour lesquels mon affection et
ma reconnaissance sont sans
bornes, comme l'ont été leurs
sacrifices et leur dévouement,
je dédie respectueusement ces
pages.

A Monsieur le Professeur J. NICOLAS

Professeur de la Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Médecin des Hôpitaux

Nous sommes heureux de pouvoir enfin, au début de notre travail inaugural, dont il voulut bien nous inspirer le sujet et dont il nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence, le remercier du fond du cœur de l'extrême bonté qu'il nous témoigna toujours, et l'assurer de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
MALADIE DE HALLOPEAU
(PYODERMITE VÉGÉTANTE)

CHAPITRE I

HISTORIQUE ET EXPOSÉ GÉNÉRAL

Par Maladie de Hallopeau, nous entendons définir une affection qui a été vue, individualisée et décrite pour la première fois en 1889 par le Pr Hallopeau. Il fit à son sujet une première communication au congrès international de dermatologie et de syphiligraphie qui se tint à Paris la même année. Il exposa la symptomatologie de la nouvelle maladie, fit connaître quel en était l'agent pathogène, et proposa de la nommer « Dermatite pustuleuse, chronique et végétante, en foyers, à progression excentrique. »

Il lui donna dans un travail ultérieur le nom de « Pyodermite végétante ».

A la suite de cette communication, Fournier et Feulard donnèrent à ce même congrès une seconde observation de la nouvelle affection. Il s'agissait en effet dans les deux cas d'une pyodermite, disposée sans symétrie sur différentes régions du corps et caractérisée par des placards isolés, à centre papillomateux et végétant, bordés à leur périphérie par une couronne de pustulettes miliaires. L'accroissement se faisait excentriquement et d'une façon ininterrompue par l'apparition à la périphérie des foyers; de nouvelles pustules encerclant les premières. L'éruption n'était pas polymorphe, se propageait par prolifération des foyers locaux et n'influçait pas l'état de santé du malade qui en était atteint.

En 1891, Hudelo et Wickam, ayant eu l'occasion d'observer un malade atteint d'une dermatite semblable à celle qu'Hallopeau avait individualisée deux années auparavant, refusèrent de voir là une maladie nouvelle. Ils en firent une simple forme pustuleuse et végétante de la dermatite herpétiforme de Duhring. Pour expliquer les lésions pustuleuses et le développement excentrique des foyers. Hudelo faisait intervenir « l'influence, au moins à titre d'agent infectieux secondaire et sur un terrain préparé par la dermatite herpétiforme, du microbe qui détermine la maladie de M. Hallopeau. » Darier confirma cette opinion par l'histologie. Il donna le résultat de l'examen d'une pièce prélevée par biopsie sur le malade. Il était identique à celui qu'avait fourni l'examen d'un foyer suppuratif du malade de Fournier et Feulard. Hallopeau n'admit pas ces conclusions, refusant à l'histologie seule le droit de tran-

cher la question ; et l'année suivante, il fit à la société de dermatologie (1) une étude comparative de sa maladie et de la dermatite de Duhring. Ce qui pour lui les différenciait nettement l'une de l'autre, c'était l'évolution des lésions. De plus dans le cas de Hudelo et Wickham, « le fait que les éléments s'y multiplient par germination locale » suffisait pour lui à établir qu'il ne s'agissait pas là d'une dermatite herpétiforme de Duhring.

En 1895 Hallopeau publie deux nouvelles observations de « pyodermite végétante ». La première, en collaboration avec Ledamany, ne présente pas grand intérêt au point de vue de l'histoire de la question. A la suite de la seconde au contraire, publiée en collaboration avec Monod au mois de juillet, Hallopeau fit à nouveau à la société de dermatologie, un parallèle entre la « dermatite pustuleuse, chronique et végétante, en foyers à progression excentrique » et la maladie de Duhring. Après avoir montré les raisons pour lesquelles on ne peut voir en elles deux aspects différents d'une même maladie, il conclut en rapprochant plutôt la première, du pemphigus vegetans de Neumann, sans toutefois les identifier encore. Il ne revint définitivement sur ses idées premières qu'en 1898. Ayant eu à cette époque l'occasion d'examiner un malade de Leredde atteint successivement de « Pyodermite végétante » et de Maladie de Neumann, il rapprocha sa « Dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progression excentrique » du Pemphigus vegetans de Neu-

(1) H. HALLOPEAU. — Etude comparative de la dermatite pustuleuse, chronique, en foyers, à progression excentrique et la dermatite herpétiforme de Duhring. (*Ann. de la Soc. de D. et S.*, 1892, p. 33).

mann. Celle-là n'était, pensa-t-il, qu'une variété pustuleuse nettement différenciée, de celui-ci.

Depuis cette époque, quelques nouveaux cas de « Pyodermite végétante » ont été publiés. Le premier fut rapporté en 1904, au congrès international de Dermatologie de Berlin par le Dr Reinhold Ledermann. (1) Ce dermatologue, comme conclusions du cas qu'il a put observer dans son service, pensa que la maladie d'abord locale, devenait ultérieurement sanguine et se généralisait par cette voie. C'est lui qui le premier proposa de la nommer « Maladie de Hallopeau ».

La Gazette des hôpitaux publie en 1906 une nouvelle observation du Pr Gaucher. Celui-ci n'admet pas la généralisation sanguine malgré l'observation de Ledermann. Il n'admet pas non plus que la maladie de Hallopeau ne soit qu'une forme pustuleuse de la maladie de Neumann, celle-ci étant une affection générale et mortelle due à une infection streptococcique, celle-là étant une maladie à évolution locale, due à des microbes en général moins virulents (*staphylococcus pyogenes albus*, *bacterium coli*).

Depuis cette époque, on connaît deux nouveaux cas de pyodermite végétante, l'un observé en Angleterre en 1908 par Radcliffe Crocker, le second en 1912 par Brocq et François.

Ayant eu l'occasion de suivre et de traiter à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'Antiquaille, une femme atteinte de « Maladie de Hallopeau », le Pro-

(1) Nous tenons à renouveler ici à M. le docteur R. Ledermann nos plus vifs remerciements pour l'empressement avec lequel il a bien voulu nous communiquer l'observation de sa malade.

fesseur Nicolas a pensé qu'une revue générale des cas antérieurement publiés et de l'opinion des auteurs sur cette nouvelle et curieuse maladie serait intéressante à faire. Nous tenons à lui renouveler ici nos sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous fit en nous chargeant de ce soin.

Après une étude générale sur l'aspect clinique et l'évolution de la maladie nous l'envisagerons au point de vue de l'anatomie pathologique, de la pathogénie et de la thérapeutique. Nous nous demanderons en terminant si elle doit toujours être considérée comme une forme suppurative de la maladie de Neumann ou si nous devons, comme le veut Gaucher, la tenir pour une entité morbide, spéciale, nettement différenciée du groupe générique des pemphigus végétants.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION CLINIQUE

La nomenclature qui précède, dans laquelle nous avons pu citer les douze observations connues, incontestables de la Pyodermite végétante de Hallopeau nous fournit des éléments suffisants pour tenter l'essai d'une description clinique d'ensemble de cette dermatose. En 1892 Hallopeau lui-même en donne d'ailleurs, dans un résumé succinct, les caractères principaux. Nous ne pouvons résister à la tentation de les reproduire ici.

« La maladie que nous avons décrite sous le nom de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique est caractérisée par la production successive

et continue de foyers de suppuration qui débudent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers par des vesico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement, donnent lieu à une prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant excentriquement, deviennent végétants puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules très lentes à s'effacer ; la santé générale reste bonne. »

Mode de début. — La maladie de Hallopeau débute dans la majorité des cas par l'épiderme cutané mais atteint toujours, au bout d'un temps plus ou moins long les muqueuses des cavités naturelles. Ce premier point la distingue déjà du pemphigus végétant dont les premières manifestations siègent généralement au niveau des muqueuses buccales ou génitales.

La lésion élémentaire est constituée par un point d'emblée purulent, apparaissant au niveau d'une région quelconque du tégument. Jamais la pustule n'est précédée d'un stade bulleux. Sa grosseur est comparable à celle d'une tête d'épingle ordinaire, elle présente un toit acuminé et constitué par un épiderme aplati. Elle est irrégulièrement arrondie, ressemblant un peu à la pustule de l'impetigo vulgaire, s'en distinguant cependant par le halo érythémateux qui l'entoure. L'ensemble occupe à peu près la surface d'une lentille.

La pustulette se rompt vers le second ou troisième jour et l'épiderme qui la recouvrait se détache, laissant à sa place une toute petite ulcération très superficielle, limitée par l'épiderme décollé. En même temps on voit appa-

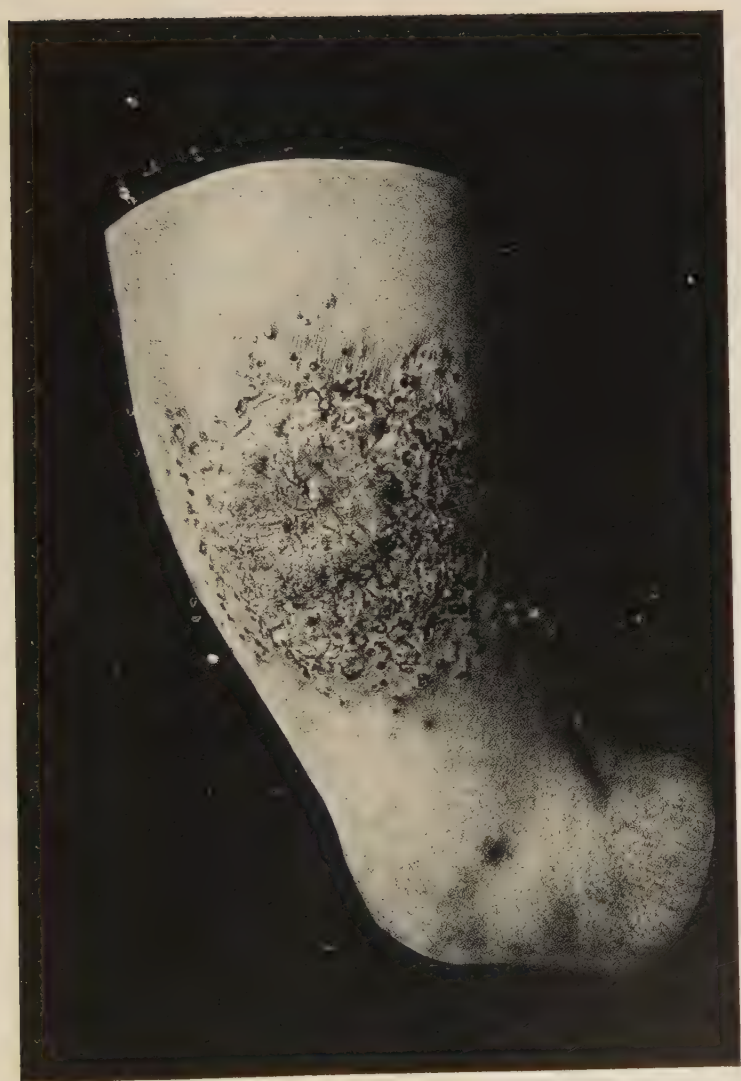
raître, à la périphérie de l'ulcération toute une couronne de pustulettes miliaires néo-formées, ayant le même aspect que le point purulent primitif et subissant la même évolution. Leur disposition régulière en couronne fait prendre au halo érythémateux qui les entoure, des proportions plus considérables. Cet accroissement des lésions se poursuit durant les jours qui suivent ; aussi, la formation continue de pustulettes, naissant au niveau de la réaction érythémateuse des éléments préexistants, leur disposition radiaire en anneaux concentriques de rayons de plus en plus grands, et ce fait que la perte de leur toit épidermique aboutit à leur coalescence et grossit l'étendue de l'ulcération centrale, expliquent les dimensions considérables qu'atteignent certains placards. (20 × 16 centimètres au niveau de la nuque dans l'observation rapportée par Hallopeau et Monoden 1895. 14 centimètres de diamètre à la face externe de la cuisse gauche, chez la malade que nous avons observée dans le service du Professeur Nicolas.)

Un second caractère qu'il convient de mettre immédiatement en relief dans la « Pyodermite végétante », à côté du développement excentrique des foyers pustuleux, est l'évolution spéciale qui se manifeste en leur centre lorsqu'ils ont atteint une certaine étendue. L'étude d'un placard à la période d'état va nous en permettre la description.

Période d'état. — Un foyer pustuleux de Maladie de Hallopeau présente à sa période d'état deux aspects absolument différents suivant que l'on en examine le centre ou les bords. A la périphérie se trouve la bordure de pustulettes par quoi la lésion s'agrandit excentriquement ; au

centre et dans presque toute l'étendue de l'aire que délimitent les pustules, on rencontre une zone constituée par des saillies végétantes, papillomateuses, exulcérées par endroits. Elle présente une coloration d'un rouge brun, très foncé et ressemble un peu à un placard de tuberculose verruqueuse. L'apparition de ces saillies papillomateuses s'est effectuée peu à peu au niveau de la surface excoriée, suintante laissée par la chute des toits épidermiques des pustules. Sept ou huit jours après l'apparition de la pustulette primitive, le centre de l'excoriation s'est bouché, est devenu rougeâtre et n'a pas tardé à végéter. A mesure que le foyer progressait par l'apparition continue de pustules à sa périphérie, les végétations qui tout d'abord n'étaient visibles qu'au centre, grandissaient et s'étendaient en largeur. Au bout de peu de temps le placard de pyodermite végétante occupe ainsi plusieurs centimètres carrés de surface et fait sur le tégument sain qui l'entoure une saillie qui peut atteindre jusqu'à 8 millimètres.

L'examen attentif d'une lésion, évoluant depuis plusieurs semaines, montre que le centre n'en est pas uni, mais est constitué par une surface finement mamelonnée qui donne à la plaque en saillie un aspect chagriné. La palpation confirme cette opinion. Si l'on essaye d'écarter avec les doigts ces petits mamelons on s'aperçoit qu'il correspondent aux extrémités de longues papilles du derme, très serrées, pressées les unes contre les autres. Si l'on promène le doigt sur leurs extrémités, on éprouve un peu la sensation que donne la palpation du velours. Les saillies papilliformes s'écartent les unes des autres, laissant entre elles des fissures qui atteignent jusqu'à deux millimètres de profondeur. Celles-ci ne sont pas san-



guinolentes et disparaissent dès que l'on cesse la palpation, mais elles ont une tendance marquée à saigner, lorsqu'on essaye de nettoyer leur surface. L'aspect de la zone végétante n'est pas le même partout. Certains points, sont purement végétants et de couleur rouge sombre. D'autres sont constitués par des papilles ulcérées à leur extrémité et laissant sourdre en permanence une sérosité louche, fétide qui transperce rapidement les pansements. Telle région, très surélevée, constituée par des papilles hypertrophiées recouvertes d'un magma d'épiderme macéré ou de croûtes mellicériques, voisine avec une région beaucoup moins en saillie, mais dont les papilles constituantes sont coiffées respectivement par une vésico-pustule, du volume d'un grain de mil, remplie d'un liquide séro-purulent.

La région végétante, centrale, se continue insensiblement avec la zone pustulo-ulcéreuse de la périphérie. Ses bords ne sont pas exactement circulaires mais plutôt polycycliques. C'est qu'en effet les pustules marginales ne sont pas disposées exactement en couronnes régulières, comme nous l'avions écrit au début pour simplifier notre description. Beaucoup sont à un ou plusieurs centimètres de la périphérie du placard principal. Elles se trouvent ainsi placées en peau saine, au moment de leur apparition. Mais devenant dans les jours qui suivent le centre d'une nouvelle poussée excentrique d'éléments pustuleux, leurs dimensions augmentent, elles se rejoignent au bout d'un temps qui varie avec la distance qui les séparait et elles atteignent finalement le placard pustulo-végétant central, lui-même. Et la forme générale d'un foyer étendu, de la pyodermite de Hallopeau, est en fin de compte tout à fait comparable à la figure polycyclique que l'on obtiendrait

si, à l'aide d'un agitateur en verre trempé dans l'encre, on essayait d'augmenter, sur un papier buvard, la surface d'une tache fraîche, en disposant des gouttes de liquide séparées l'une de l'autre, à sa périphérie.

Distribution. — L'aspect des lésions de la Maladie de Hallopeau, tel que nous venons de le décrire, s'observe au niveau de tout tégument. C'est ainsi par exemple, qu'il se présente sur les membres, sur l'abdomen, sur le dos, tous points fréquemment atteints par la dermatite. Il mérite cependant en trois régions une description spéciale :

1° Au niveau des plis de flexion. — C'est là que l'on observe les « éruptions symétriques » dans lesquelles certains auteurs ont voulu reconnaître un des symptômes de la maladie de Duhring. En fait l'éruption de la Maladie de Hallopeau est presque toujours asymétrique, et il ne s'agit au niveau des plis de flexion (sillon inter-fessier, plis inguinaux) que d'une pseudo-symétrie. Dans ces régions, où, comme l'a fort bien fait remarquer Radcliffe Crocker « les téguments sont soumis à la macération et à la chaleur par suite de la pression constante de la peau contre la peau » les lésions prennent un caractère un peu particulier. Les pustules s'y rompent d'une manière précoce et les proliférations papillomateuses atteignent leur maximum de développement.

2° Sur les muqueuses. — Les pustules n'arrivent généralement pas à se former sur les muqueuses, ou si elles y parviennent, elles n'y persistent pas longtemps. Aussi

trouve-t-on le plus souvent, dans la bouche par exemple, à la face interne des joues, des plaques saillantes, arrondies, lenticulaires, présentant quelques foyers de suppuration miliaire, recouvertes par une sorte de fausse membrane grisâtre, qui tombe facilement en laissant à nu une surface rouge, excoriée, saignant au moindre contact, gênant la parole et la mastication. (*voir au chapitre des observations, les cas de Fournier et Feulard, obs. n° II.*)

La prolifération papilliforme produit de profonds sillons sur la langue et double son volume. Les lèvres, la face interne des narines lorsqu'elles sont atteintes présentent un aspect semblable à celui que nous venons de décrire pour la muqueuse buccale. Sur la muqueuse anale, les placards hypertrophiés et végétants présentent, au niveau des poils, de légères ombilications centrés par ceux-ci. (Ce fait semblerait prouver qu'au moins certaines pustules sont des suppurations périfolliculaires.)

3° Au niveau du cuir chevelu. — C'est dans cette région spécialement que l'aspect des placards de pyodermite diffère le plus de ce que nous avons décrit jusqu'ici. Au cuir chevelu, le caractère végétant devient le trait dominant de l'éruption. D'une coloration rouge brune, très foncée, il peut être pris dans sa totalité. L'affection débute par l'apparition d'un grand nombre de pustules miliaires qui ne tardent pas à se rompre. Il se forme ainsi des amas croûteux qui rappellent les amas impétigineux vulgaires. Puis la peau s'épaissit peu à peu, prend un aspect éléphantiasique, se creuse de sillons profonds, fait une saillie de plus de 1 centimètre parfois sur les tégu-

ments sains contigus, et une alopécie absolue succédant à cette hypertrophie végétante du derme, l'aspect du cuir chevelu, creusé de sillons profonds, divisé par eux en circonvolutions nombreuses, rappelle d'une manière étrange celui du cerveau.

Tel est l'aspect spécial que peuvent prendre les lésions de « dermatite pustuleuse chronique et végétante, en foyers à progression excentrique » lorsqu'elles se développent dans certaines régions. En terminant cette étude de la période d'état de l'affection, il convient de signaler que les ganglions tributaires des foyers en évolution ne réagissent généralement pas, que la fièvre est peu élevée lorsqu'elle existe et qu'un état général satisfaisant est parfaitement compatible avec des foyers évolutifs multiples et étendus.

Marche. Durée. Terminaison. — L'évolution de la maladie ne se fait pas par poussées successives ; à mesure qu'un foyer s'éteint, un autre se développe.

A part le cas de Ledermann, nous ne voyons dans aucune observation qu'une poussée évolutive de pustules se soit manifestée à la fois au niveau de tous les foyers de la maladie. Et cette constatation, que chaque placard évolue pour son compte, semble bien indiquer que la Maladie de Hallopeau est bien plutôt une dermatose locale primitive, s'accroissant par auto-inoculation, qu'une infection sanguine générale se localisant secondairement au niveau de la peau.

Les foyers pustuleux de la dermatose sont indolores dans les jours qui suivent leur apparition. Mais ils deviennent cependant prurigineux au bout d'un certain temps.

Tous les auteurs ont noté ce symptôme subjectif qui nous explique, par le mécanisme du grattage, la propagation de l'affection en des régions demeurées saines jusque-là. Quant à l'extension des foyers eux-mêmes elle est due vraisemblablement à une migration locale des microbes qui cultivent dans le derme puis se propagent par les lymphatiques où les espaces conjonctifs et provoquent l'apparition des pustules marginales. Chez la malade que nous avons observée dans le service de M. le Professeur Nicolas, l'extension des lésions se faisait par deux modes différents :

Tantôt les foyers s'accroissaient par l'apparition brusque de pustulettes en peau saine, tantôt on voyait partir de la périphérie de ceux-ci une lymphangite réticulaire très superficielle sur laquelle, secondairement apparaissaient les pustules. Cette lymphangite était en certains points reliée manifestement à la périphérie des placards par une trainée érythémateuse, mais en d'autres endroits cette trainée érythémateuse n'était pas décelable à la vue. On notait alors en peau saine et à une distance variable des lésions, des placards rouges, isolés limités par une bordure de couleur plus foncée ressemblant à l'érythème circiné. Au niveau de ces derniers les pustulettes miliaires apparaissaient brusquement, en bouquets, si bien que l'ensemble de plusieurs placards érythémateux rappelaient un peu l'aspect du zona.

Au bout d'un temps qui varie de quelques jours à plusieurs mois, suivant que les lésions ont ou n'ont point été livrées à elles-mêmes, on voit brusquement les centres de certains foyers végétants s'effondrer ; les saillies mamelonnées qui constituaient leur surface s'atténuent. On

assiste à une régression lente de ces épaissements de l'épiderme qui constituaient le caractère particulier de la partie centrale des placards en évolution. Parallèlement à cet affaissement des zones végétantes, on voit disparaître les pustules marginales des foyers de dermatite, qui se dessèchent. Le résultat de ce travail de régression aboutit à une « *restitutio ad integrum* » presque complète des éléments constitutifs de l'épiderme normal. Celui-ci reprend notamment toute sa souplesse et son élasticité vis-à-vis des plans sous-jacents. Seule persiste, sur les surfaces recouvertes antérieurement par la dermatose, une pigmentation brunâtre, qui, avec le temps s'atténue, s'éclaircit, mais ne disparaît pas complètement.

Tel est l'aspect clinique et évolutif de la « Maladie de Hallopeau » et telles sont les séquelles qu'elle laisse sur le tégument lorsqu'elle guérit.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans le chapitre qui précède, nous avons exposé en détail l'aspect sous lequel se présentent les lésions de la dermatite d'Hallopeau à son début, puis à sa période d'état et nous avons enfin montré de quelle façon régressent les plaques végétantes lorsqu'un traitement approprié vient interrompre leur évolution. Une étude des lésions au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique ferait double emploi avec cet exposé. Aussi entendons-nous n'envisager ici que les résultats fournis par l'examen microscopique de quelques coupes d'épiderme atteint de « pyodermite végétante ». Cette étude a été faite surtout

par deux auteurs, parmi tous ceux qui ont eu l'occasion d'examiner des cas de dermatite de Hallopeau : Darier en 1891 sur le malade de Fournier et Feulard et Leredde en 1898. Ce dernier a d'ailleurs publié à ce sujet un travail assez considérable dans un journal de dermatologie allemande (1). Il est résumé dans les annales de D. et S. de 1898.) Dans le cas personnel que nous publions, qui a été observé dans le service du P^r Nicolas, des raisons d'ordre particulier nous ont empêché de procéder, par une biopsie, à l'examen des caractères microscopiques des lésions présentées par notre malade. Force nous est donc de nous en rapporter à ce que Darier et Leredde en ont dit.

A propos des lésions anatomo-pathologiques de la « Pyodermite végétante » de Hallopeau, nous envisagerons séparément la pustulette miliaire type, telle qu'elle se rencontre à la périphérie des placards et la région végétante, papillomateuse, qui constitue le centre des lésions.

a) La pustule ne présente aucun caractère bien spécial. Elle se développe entre la couche cornée et le corps muqueux, parfois même, s'il faut en croire Leredde entre les cellules même du corps muqueux. L'aspect d'emblée pustuleux sous lequel elle se présente macroscopiquement, tient à ce que, dès que la formation cavitaire apparaît à la surface de la peau, elle est remplie de leucocytes. Ceux-ci s'il faut en croire Leredde peuvent être presque exclusivement constitués par des polynucléaires éosinophiles.

(1) Leredde. Histo und hamatologische untersuchung eines folles von Hallopeaus cher dermatits. (*Monatshefte für pracht dermat.*, 1898, t. xxvii, p. 381).

Il en compte jusqu'à 95 % des globules blancs totaux dans le cas qu'il a observé (1) et c'est dans cette constatation que Darier avait voulu voir une preuve de la similitude qui pour lui existe entre la maladie de Duhring et la maladie de Hallopeau. « On trouve en outre à l'intérieur de ces cavités des noyaux plus ou moins colorables par les couleurs basiques et un détritux granuleux consistant en débris de cellules éosinophiles. La couche cornée est un peu plus dense et plus épaisse qu'à l'état normal » (Le redde).

L'inflammation du derme sous-jacent ressemble à celui de toutes les infections tégumentaires superficielles. Tous les vaisseaux sanguins et les lymphatiques du corps papillaire sont dilatés, leur endothélium est tuméfié. Le derme est infiltré dans son ensemble par une sérosité abondante et par une grande quantité de globules blancs qui s'accumulent surtout au pourtour des vaisseaux et des culs de sac glandulaires. Ils s'infiltrèrent à travers les fentes du corps muqueux pour pénétrer jusqu'à la pustule où ils vont jouer leur rôle phagocytaire. « Dans les préparations colorées avec la thionine, la prolifération des cellules du tissu conjonctif du derme est très évidente, dans les couches profondes elles sont en moins grande proportion qu'à la surface. Il n'existe qu'un petit groupe de mastzellen autour des vaisseaux. »

Le contenu des pustules se résorbe rarement. Le plus souvent le feuillet épidermique qui constitue leur toit s'ouvre soit spontanément, soit sous l'influence du grattage. La pustulette ouverte, le pus se concrète en croûtes

(1) Voir : Leredde, *Annales de D. et S.*, 1899, p. 836

mélicériques. C'est alors le corps papillaire lui-même, recouvert d'un tout petit nombre de couches cellulaires que l'on aperçoit. Il forme la surface rouge et suintante qui constitue le fond de l'ulcération.

b) Les éléments vasculo-papillaires du corps muqueux de Malpighi, sous-jacents à l'ulcération, se multiplient activement après que celle-ci s'est constituée. Des capillaires sanguins bourgeonnent aux dépens des vaisseaux préexistants et des excroissances papillomateuses se développent secondairement sur l'ulcération à laquelle la pustule avait fait place. « Ces végétations sont revêtues d'un stratum corné et granuleux intacts. Le corps muqueux de Malpighi y est très augmenté de volume, surtout au niveau des prolongements interpapillaires. Il peut y atteindre jusqu'à cinq ou six fois ses dimensions normales. Les cellules épineuses y sont nettement en voie de prolifération et de division. Il renferme à diverses hauteurs, mais surtout vers la couche cornée, des nids isolés de leucocytes... Ce sont ces petites collections qui en s'ouvrant à la surface donnent naissance aux points humides que l'on aperçoit au niveau des plaques végétantes. » C'est ainsi que s'exprime Brocq dans son étude du pemphigus végétant et cette description est aussi exacte pour les végétations de la maladie de Hallopeau.

Au moment de la guérison, les foyers papillomateux de cette dernière s'affaissent peu à peu. Le stratum corné et granuleux persiste, mais les papilles s'atrophient et l'épaisseur du derme diminue. Au bout d'un temps variable, la peau reprend à peu près sa constitution et sa souplesse normale. Cependant, comme nous le disions déjà

à propos de l'évolution générale de la dermatose, il ne s'agit pas là d'une « *restitutio ad integrum* ». Une pigmentation brunâtre, très lente à s'effacer marque, en effet, après la guérison l'emplacement des foyers pustulo-végétants disparus. Ce phénomène de pigmentation résiduelle de la peau n'est point encore bien expliqué. Peut-être est-il la conséquence d'une légère extravasation du sang en dehors des capillaires, comme il s'en produit parfois sous l'influence de l'inflammation. Ce sang fuserait dans les couches profondes et les globules rouges en se désagrégeant donneraient lieu à la formation de granulations pigmentaires.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

L'étiologie de la maladie de Hallopeau est encore à l'heure actuelle purement hypothétique.

Si nous nous en rapportons à la statistique des douze cas que nous publions, il semble bien que les deux sexes soient atteints dans la même proportion. (7 femmes — 5 hommes)

L'âge ne nous fournit pas plus de renseignements. Nos observations montrent que la maladie frappe aussi bien l'adolescent que le vieillard.

Nous ne sommes pas mieux fixés pour ce qui est du mode de pénétration dans l'économie du micro-organisme

auquel l'affection est imputable. Encore que la plupart des observations que nous avons sous les yeux soient restées muettes sur les causes déterminantes de la dermatite celles qui en parlent donnent des étiologies tellement variées que l'on ne peut tirer une conclusion de leur lecture. C'est ainsi qu'on l'a vue succéder à une plaie de la tête par chute (cas de Hallopeau et Monod, obs. V.), à une affection suppurée d'un doigt, consécutive à un traumatisme (cas de Halsund, obs. VI.), à une dermatite auriculaire occasionnée par le port de boucles d'oreilles (cas de Ledermann, obs. VII.), à une adénite supurée (cas de Gaucher, obs. IX.), à un furoncle (cas personnel, obs. XII.)

Pathogénie. — Nous sommes un peu mieux renseignés en ce qui concerne la pathogénie de la Maladie de Hallopeau. Il s'agit manifestement là d'une affection d'origine infectieuse. En faveur de cette opinion, on peut invoquer d'une part l'analogie qui existe jusqu'à un certain point entre la « Pyodermite végétante » et le Pemphigus végétans dont la nature microbienne a été établie dans de nombreux cas. En second lieu le fait que certaines maladies nettement microbiennes, comme l'impetigo peuvent aussi dans certaines circonstances donner naissance à des végétations analogues. Enfin cette dernière constatation que, si la culture du sang des malades atteint de « Pyodermite végétante » est toujours demeurée négative, l'ensemencement, sur gélatine par exemple, du contenu des pustules miliaires qui forment la périphérie des placards végétants, a donné entre les mains des différents observateurs des résultats positifs. Et ceci nous amène à dire un mot du ou des microbes qui provoquent la dermatose.

Les observations sont à peu près unanimes à dire que, d'après les recherches de laboratoire, on pouvait identifier l'agent causal rencontré dans les pustules au « staphylococcus albus » ou au « staphylococcus aureus ».

Seule fait exception à la règle l'observation de Hallopeau et Ledermann (obs. IV) au cours de laquelle il est dit que le micro-organisme obtenu dans les cultures avait toutes les apparences du « bacterium coli ». Dans le cas personnel que nous rapportons, lesensemencements ont été effectués par le Dr Gaté ; et les cultures ont là encore donné du staphylocoque.

Nous citerons dans ce travail les résultats obtenus par Hallopeau et Ledermann, parce qu'ils sont seuls de leur espèce. Nous donnerons ensuite ceux du Dr Gaté comme type de ce que l'on obtient normalement.

Examen bacteriologique I. — (suite de l'observation IV.)

« Dans le contenu des pustules nous avons trouvé deux micro-organismes : un bacille décoloré par la méthode de Gram et des cocci restant colorés par cette méthode. Les premiers y sont très nombreux. Les deuxièmes, rares.

Le même liquide séro-purulent, délayé dans une petite quantité d'eau stérilisée, a été injecté dans le péritoine d'un cobaye. Il a déterminé une péritonite mortelle en vingt-quatre heures. Une injection analogue a été faite dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un deuxième cochon d'Inde ; celui-ci n'a eu qu'un abcès assez volumineux au point d'inoculation. L'expérience a été faite le 2 décembre et ce cobaye est aujourd'hui presque complètement guéri.

Dans la sérosité péritonéale du premier, dans le pus de l'abcès du second, nous avons trouvé seuls les mêmes organismes que dans les pustules du malade, les bacilles étant beaucoup plus abondants que les cocci.

Les cultures nous ont donné les mêmes résultats : nombreuses colonies blanches, épaisses, humides, que l'examen microscopique montre formées de bacilles qui ont les caractères principaux du « *Bacterium coli commune* » rares colonies blanches, également formées de cocci isolés, réunis assez souvent par deux ou en amas, colorés par le Gram. Sur gélatine, leurs cultures ne déterminent pas la liquéfaction. Ce ne sont donc pas des staphylocoques, mais des micrococci banals de la peau. »

Examen bactériologique II. — (suite de notre observation XII.) *a)* Examen du contenu d'une pustule : Polynucléaires en abondance. Diplocoques intra et extra capsulaires de nature indéterminée. Amas de staphylocoques. *Pas de chaînettes de streptocoques.*

b) Culture du pus :

A) EN MILIEUX LIQUIDES.

Bouillon. — Trouble uniforme du milieu. La première génération montre des diplocoques, sans capsules, arrondis, non lancéolés. La deuxième génération montre des amas de staphylocoques.

Lait. — Coagulation de ce dernier dans les 24 heures.

B) EN MILIEUX SOLIDES.

Agar ordinaire, agar glyciné, agar sanglant. Sérum gélifié.

Milieu de Sabouraud :

Cultures poussant vite, abondantes, épaisses, grasses, surélevées à leur centre, amincies et comme gaufrées sur leurs bords, rapidement confluentes, constituant une couche épaisse. Blanches d'abord

elles deviennent jaunes au bout de 3 ou 4 jours d'un jaune doré, coloré surtout au centre. Au microscope elles se montrent formées d'amas de staphylocoques typiques prenant le gram.

Gélatine — Liquéfiée en 3 jours.

c) HÉMOCULTURE EN BOUILLON PEPTONÉ. — Résultat négatif.

d) INOCULATION : 1^o d'une souris sous la peau de la cuisse. Résultat négatif.

2^o Frottis du contenu d'une pustule sur ventre rosé d'un cobaye. Aucun résultat.

Tels sont les deux types de résultats bactériologiques obtenus par l'étude du contenu des pustules dans la « Pyodermite végétante » (1). Il est certain que dans la majorité des cas l'agent pathogène en cause est le staphylocoque. Il faut attendre que paraissent de nouvelles observations « de Maladie de Hallopeau » pour que nous soyons autorisés à regarder ce micro-organisme comme le seul coupable de cette affection.

(1) On trouvera dans le corps des observations I, II, VIII, XI d'autres résultats de laboratoire.

CHAPITRE V

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

La maladie de Hallopeau est une dermatose relativement bénigne et dont le pronostic « *quoad vitam* » est excellent.

Sur nos douze observations pas un malade n'a succombé du fait de cette affection. Ce qui, néanmoins, assombrit un peu l'avenir de ceux qui en sont atteints, c'est uniquement le temps qu'elle met à guérir. Elle a duré près de deux ans dans la moitié des cas, une fois quatre ans, et dans notre observation XII il est rapporté que la dermatose débuta en février 1912 et qu'elle évolue encore à l'heure actuelle. La symptomatologie, l'anatomie pathologique et surtout les recherches bactériologiques et hématologiques de laboratoire, nous ont montré que dans la « Pyoder-

mite végétante », toute l'évolution de la maladie se passe superficiellement, sous la peau pour ainsi dire. Les microbes n'existent pas dans le sang mais sommeillent sous le derme et peuvent y demeurer silencieux pendant longtemps. Sous l'influence de causes multiples, amenant un affaiblissement de l'organisme, leur activité se réveille brusquement et se traduit par une recrudescence ou une rechute du mal. De là vient l'échéance lointaine de la guérison.

La longue durée de la « Pyodermite végétante » tient aussi à ce que nous ne connaissons pas encore de remède sûr pour enrayer son évolution. Au cours de la lecture des observations que nous rapportons on trouvera un nombre considérable d'agents thérapeutiques employés par les différents observateurs. La plupart ont donné des résultats inégaux réussissant sur un foyer, et sans action efficace sur un autre. On peut dire que dans l'ensemble toutes ces différentes thérapeutiques ont eu pour but d'arrêter la progression excentrique des foyers en créant à leur niveau un milieu antiseptique local. Nous ne citerons ici que celles qui ont donné quelques résultats. On peut les diviser en deux groupes suivant que l'antisepsie est obtenue par des moyens chimiques ou physiques.

I. — *Agents thérapeutiques chimiques.* — Les placards de « Pyodermite végétante » ont été traités avec succès par des solutions, des pommades, des poudres.

Il convient de citer en premier lieu parmi les solutions : l'eau d'Alibour et la teinture d'iode étendue. Cette dernière a produit un effet remarquable dans l'observation inédite que nous publions, en application sur une lésion située

sur la face antérieure de la poitrine. Ledermann de Berlin a usé pour des végétations siégeant au pourtour des narines d'une solution de nitrate d'argent à 2 %.

Parmi les pommades employées par les auteurs il faut noter la pommade boriquée qui réussit à arrêter l'évolution des lésions de la face chez la première malade observée par Hallopeau. Des pommades à base de soufre, d'acide salicylique, de tannin, d'oxyde de zinc ont été expérimentées également, avec des succès inégaux.

Les lésions partiellement guéries ou en voie de rétrocession pourront être saupoudrées d'iodoforme ou de xéroforme ; ces mêmes poudres qui ont l'avantage de permettre l'application de pansements de longue durée, ne seront pas d'une grande utilité dans le traitement des placards végétants en pleine période de végétation, en raison de la sérosité abondante, transperçant tous les objets de pansements, que ceux-ci exsudent à ce stade spécial.

Nous citerons, en terminant l'énumération des agents chimiques utilisés, l'emploi des bains antiseptiques généraux ; Hébra préconise spécialement les bains à base de préparations de goudron.

II. — *Agents thérapeutiques physiques.* — Il était rationnel de penser que les agents physiques, qui occupent une place importante dans la thérapeutique des maladies cutanées, pouvaient rendre également des services dans le traitement de la dermatite de Hallopeau. Leur emploi n'a jusqu'ici été tenté que chez deux malades ; les résultats ont été satisfaisants, mais il faut attendre une expérience plus longue des résultats de leur action pour que l'on

puisse se prononcer utilement sur leur valeur. Ces agents physiques se ramènent à deux : la chaleur et l'électricité.

La chaleur a été utilisée par Hallopeau lui-même, pour traiter un de ses malades. Il se servait du galvano-cautère, sur une lésion végétante du menton et obtint un résultat très satisfaisant.

Ledermann a été amené à essayer l'exposition aux rayons Rontgen dans les cas qu'il publie, parce que l'aspect des lésions en imposait au début pour du lupus. Les rayons X, auquel furent soumis un foyer du nez et un autre de l'ombilic, n'amènèrent aucune amélioration définitive.

Tels sont à l'heure actuelle les différents traitements externes expérimentés par les observateurs pour tenter d'enrayer l'évolution de la Maladie de Hallopeau.

A l'intérieur, un certain nombre de médications ont été préconisées. Nous en retiendrons spécialement deux : l'arsenic et la sérothérapie antistaphylococcique.

L'arsenic est indiqué dans la Pyodermite végétante, en raison de ses propriétés spéciales vis à vis des leucocytes d'abord, dont il augmente le nombre et de l'organisme en général, qu'il fortifie. « *Per os* », il a été administré par les dermatologistes sous forme de pilules asiatiques et de liqueur de Fowler ; Ledermann l'a donné en injections d'après une formule de Neisser dont voici la composition :

Acide arsénieux.....	0,02 centig.
Acide phénique.....	0,06 centig.
Eau distillée.....	20 centimèt. cubes.

1 centimètre cube les premiers jours. 2 centimètres cubes dans la suite si la solution est bien tolérée.

Le cacodylate de soude n'a jamais, à notre connaissance

été employé. Il serait intéressant, étant donnée la facilité avec laquelle on se le procure en ampoules stérilisées, de savoir s'il est susceptible de rendre les mêmes services que les préparations données par la bouche et dont l'emploi est toujours conditionné par l'état du tube digestif.

La présence du staphylocoque dans le contenu des pustules de la maladie de Hallopeau est, nous l'avons vu signalée dans la plupart des observations. Cette remarque a incité deux dermatologistes à tenter de la guérir par des injections d'un sérum prélevé sur des animaux immunisés contre cet agent pathogène. Radcliffe Crocker le premier en 1908 expérimenta cette thérapeutique nouvelle. Sous sa direction le D^r Emden, bactériologiste de l'University Hospital College prépara un vaccin en partant de la variété de staphylocoque trouvé dans les pustules des lésions. Il fut ultérieurement injecté à la malade qui guérit très rapidement.

A la Clinique de l'Antiquaille on a tenté également de guérir la malade dont nous rapportons l'observation par des injections de sérum antistaphylococcique. Les résultats n'ont rien donné. L'échec tient très probablement à ce que le sérum employé provenait du commerce et n'avait point été obtenu en partant de la variété de staphylocoque qui évoluait chez la malade.

Il est une preuve nouvelle, à ajouter à toutes celles que l'on possède déjà, du peu d'efficacité thérapeutique des sérums antistaphylococciques ou antistreptococciques même polyvalents, s'ils n'ont pas été obtenus avec la variété même de l'élément pathogène contre lequel ils sont destinés.

Ce qu'il convient de retenir de cette étude, c'est le peu

d'efficacité des traitements qui guérissent normalement les pyodermites (eau d'Alibour, pommade à l'oxyde jaune etc.) lorsqu'ils sont appliqués à la Maladie de Hallopeau. La seule thérapeutique vraiment efficace de cette dermatose semble être celle que Crocker a expérimentée ; elle s'est montrée active, en effet, à la fois sur la cause, le processus évolutif et les symptômes. Elle est malheureusement longue à obtenir et difficile à se procurer.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

De nombreuses affections offrent une grande ressemblance avec la dermatite pustuleuse chronique de Hallopeau. Il importe de les en différencier. En dehors du Pemphigus végétans de Neumann et de la dermatite herpétiforme de Duhring, dont nous nous réservons, dans une discussion ultérieure d'étudier séparément les rapports avec la Maladie de Hallopeau, il existe un certain nombre de dermatoses avec lesquelles un examen sommaire pourrait la faire confondre.

Parmi les dermatites bulleuses et pustuleuses bénignes, il faut citer :

L'éruption iodique bullo-pustuleuse végétante dont on a rapporté quelques cas (1). Dans cette dermatose le diagnostic peut être singulièrement facilité par la connaissance exacte des anamnestiques ; de plus les éléments bulleux consécutifs à l'intoxication iodique n'ont pas les mêmes localisations que dans la pyodermite extensive (ils atteignent souvent la cornée amenant la cécité) et ils ne sont jamais groupés. Enfin, tandis que dans la maladie de Hallopeau les altérations si considérables qu'elles soient, disparaissent en ne laissant d'autre trace qu'une pigmentation foncée de la peau à leur niveau, l'éruption iodique est profondément destructrice. Il se produit une profonde ulcération qui détruit la peau dans toute son épaisseur, et lorsque l'affection guérit, la cicatrice néoformée est très visible et définitive.

L'éruption bromique hypertrophique. — Il s'agit là encore de pustules non groupées survenant après ingestion de sels de brome. Les pustules sont très grosses, isolées, souvent ombiliquées comme les pustules de vaccine et ne progressent pas excentriquement. Les cultures du pus qu'elles referment ne poussent jamais (2). Enfin les anamnestiques surtout, comme nous l'avons écrit à propos de l'éruption iodique suffiront dans la majorité des cas à faire un diagnostic exact.

(1) Voir p. ex Hallopeau et Fouquet. Sur une forme nécrotique, bulleuse et végétante d'éruption iodique. (*Ann. soc. de D. et S.*, juin 1901, p. 541.

(2) Hallopeau et Watelet Sur un cas de bromisme hypertrophique (*Ann. soc. fr. de dermatologie*, 1901, p. 539).

L'impetigo vulgaire. — Il arrive parfois à végéter au niveau des plis cutanés et des régions velues, mais dans ce cas les végétations ne font pas partie intégrante de la maladie. Elles ne sont qu'un épiphénomène, tout à fait passager et disparaissent rapidement après un traitement approprié.

Les folliculites furonculeuses simples. — Dans ce cas les lésions sont disséminées, situées exclusivement dans les régions pileuses. Le derme est très peu végétant. L'affection guérit sans extension notable.

Citons enfin *la stomatite ulcéro-membraneuse* que rappellent parfois les lésions buccales de la Pyodermite végétante ; celles-ci s'en distinguent par leur moins grande superficialité.

Deux dermatoses graves peuvent être confondues avec la dermatite pustuleuse de Hallopeau :

L'Impetigo herpétiforme de Hebra. — Il s'en distingue par les dimensions des pustules, « véritables soulèvements phlycténoïdes purulents ». Il existe d'ailleurs d'autres caractères différentiels : l'Impetigo herpétiforme est l'apanage des femmes enceintes. Il débute par l'abdomen et les cuisses, procure des sensations de cuisson plutôt que des sensations de véritable prurit. Il a une marche aiguë, l'état général est d'emblée grave, enfin il s'accompagne de température et entraîne presque fatalement la mort, tous symptômes qui ne se rencontrent jamais dans la maladie de Hallopeau.

Les syphilides pustulo-ulcéreuses végétantes. — Elles ressemblent tellement à la maladie de Hallopeau que pres-

que toujours on a soigné au début les malades atteints de Pyodermite végétante par le traitement mercuriel » (Gaucher). L'erreur est d'autant plus facile qu'à la période d'état de la Maladie de Hallopeau on peut observer sur un malade des lésions buccales en imposant pour des plaques muqueuses syphilitiques et, au niveau d'une autre région quelconque du corps, des plaques végétantes qui ressemblent aux condylomes plats et en ont souvent les principaux caractères (siège, étendue, fétidité). Dans ces cas difficiles, il importe d'éliminer la syphilis par l'étude des antécédents et la recherche des autres manifestations objectives et subjectives de cette maladie. Un examen attentif des lésions permettra souvent de poser un diagnostic exact si l'on se souvient que les condylomes syphilitiques sont plus saillants, plus végétants, plus mous que les placards papillomateux de la Maladie de Hallopeau. Des ulcérations buccales, si elles sont spécifiques auront des sièges de prédilection qui ne s'observent que moins souvent dans la dermatose qui nous occupe (commissure labiale, face interne de la lèvre inférieure, portion de la muqueuse buccale située en arrière des dernières molaires). Elles ne présenteront jamais, à leur périphérie, les pustulettes miliaires ou les colerettes épidermiques qui succèdent à l'ouverture de celles-ci. Enfin, dans les cas douteux, le traitement antisyphilitique fixera l'observateur. Il aggrave les manifestations de la « Pyodermite végétante » si cette affection est en cause. Le cas contraire, une rétrocession rapide des ulcérations buccales et des condylomes succèdera immédiatement à l'emploi du mercure.

DISCUSSION

Nous nous proposons dans ce sous-chapitre du diagnostic différentiel, d'étudier les relations et les différences existant entre la Maladie de Hallopeau, le Pemphigus végétans de Neumann et la dermatite herpétiforme de Dühring. Nous avons à dessein laissé de côté ces deux dermatoses dans l'énumération des maladies cutanées qui précèdent, parce que leur rapport avec la Pyodermite végétante soulève un problème qui n'est point encore résolu. Il peut s'énoncer brièvement ainsi :

Doit-on faire de la Maladie de Hallopeau, une variété de la Maladie de Dühring comme le pense celui-ci? Ou au contraire doit-on admettre, comme le fit Hallopeau en 1898 que l'affection qu'il a décrite n'est qu'une forme pustuleuse du Pemphigus végétans de Neumann?

a) Le premier point est résolu à l'heure actuelle par la négative. La majorité des auteurs n'admet pas l'interprétation de Dühring. Voici ce qu'en dit Hallopeau lui-même :

« Si l'on compare avec notre dermatite les cas typiques de celle qu'a décrite Dühring, les différences sautent aux yeux. Dans celle-là, en effet, l'éruption n'est pas polymorphe, sa disposition n'est pas symétrique, elle paraît se propager exclusivement par prolifération des foyers

locaux ou par auto-inoculation, elle est justiciable d'un traitement local. » Dans la dermatite herpétiforme de Dühring, au contraire, « l'éruption est, généralement, polymorphe, ne se propage pas par prolifération locale, non plus que par auto-inoculation, le traitement local est sans action sur elle, elle est généralement symétrique. »

A cela nous ajouterons que la dermatite qui nous occupe diffère encore de la Maladie de Dühring par le volume considérable que peuvent prendre les saillies végétantes, par l'inconstance des sensations douloureuses, surtout par l'évolution des lésions. Tandis que dans celle-ci en effet elle se fait par poussées successives, c'est-à-dire que, comme Brocq lui-même l'a bien indiqué dans sa « Pratique Dermatologique » la courbe d'accroissement décrit une ligne brisée, la progression des foyers de la « Pyodermite végétante » se fait d'une manière continue, mais inégale, tel placard tendant déjà vers une guérison prochaine, alors qu'un autre situé tout à côté, indique, par les pustules miliaires de sa périphérie, qu'il est en pleine période d'extension.

En résumé il semble que l'une de ces affections soit la conséquence d'une infection sanguine, d'une septicémie, l'autre n'étant qu'une dermatose paraissant relativement peu s'étendre dans la profondeur et dans laquelle la culture du sang reste négative (sans rapport, par voie de conséquence, avec un état infectieux probable de ce milieu.) (1)

(1) Disons cependant que dans une de nos observations, celle de Ledermann (obs. VIII) et la seule d'ailleurs où le fait ait été observé cet auteur a noté une poussée pustuleuse généralisée, à la périphérie des foyers, à un moment donné de l'évolution de la dermatose

b) La Maladie de Hallopeau est-elle une simple forme pustuleuse du Pemphigus végétans de Neumann? Ce second point rencontre chez les auteurs une diversité d'opinion beaucoup plus grande. Ceci tient à la fois aux nombreux traits communs qui rapprochent ces deux maladies et à ce fait que, sur un même sujet (obs. VII) à une « Pyodermite végétante » dûment caractérisée s'est superposé ultérieurement un Pemphigus végétans de Neumann typique. C'est ce cas qui amena Hallopeau, dans une relation qu'il fit à la Société de Dermatologie (Novembre 1898), à considérer sa « Pyodermite végétante », non plus comme une entité morbide définie, mais comme la variété pustuleuse du Pemphigus végétans.

Sans vouloir méconnaître entre ces deux maladies la possibilité d'un lien de parenté, il nous paraît peut-être un peu prématuré de vouloir les confondre, du moins actuellement. Le tableau clinique présenté par ces deux affections semble indiquer que beaucoup de points les séparent. Le Pemphigus végétans est une affection caractérisée par une éruption bulleuse et débute généralement au niveau des régions génitale et inguino-crurale. Les bulles peuvent atteindre des dimensions considérables, celles d'un œuf de pigeon par exemple. La maladie s'accompagne rapidement d'un état général de plus en plus précaire à mesure qu'elle fait des progrès. L'amaigrissement fait des progrès rapides et le malade devient incapable de se mouvoir dans son lit. Il éprouve des douleurs telles que le sommeil lui devient impossible ; la fièvre s'installe brusquement et en raison d'une résorption probable de produits toxiques qui s'effectuent au niveau des surfaces excoriées, une diarrhée incoercible survient épu-

sant le malade. Celui-ci se remet rarement de cette terrible dermatose. La mort l'enlève dans la plupart des cas au bout d'un temps variable.

Rien de semblable, nous l'avons vu au cours de cette étude, ne se rencontre dans la symptomatologie de la Maladie de Hallopeau. Celle-ci n'altère que peu ou pas l'état général. On la voit guérir par places et jamais en tous cas elle ne s'est terminée par la mort.

Voilà pourquoi il nous paraît, à l'heure actuelle, difficile de faire de l'affection qui nous occupe une simple variété pustuleuse du Pemphigus végétans. Une seule observation au cours de laquelle il est rapporté que ces deux maladies ont évolué de pair, nous semble une base bien insuffisante pour assurer la solidité d'une telle opinion. Devons-nous penser en ce cas, avec Gaucher, que la « Dermatite pustuleuse chronique et végétante, en foyers, à progression excentrique » mérite une place séparée dans la classification des dermatoses? Cette assertion est prématurée croyons-nous.

L'avenir seul, en apportant peu à peu aux dermatologistes un nombre suffisant d'observations, permettra une interprétation efficace de leur contenu. Refusant ou acceptant alors de voir dans la « Maladie de Hallopeau » une entité morbide spéciale, eux seuls pourront à bon escient nous dire si, suivant le vers du poète, elle ne méritait,

« Ni cet excès d'honneur, ni cette indignité. »

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(HALLOPEAU et MONOD. *Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de Paris 1889.*)

Femme de 49 ans, entrée d'abord en septembre 1886 dans le service de Quinquaud pour une éruption remontant à trois semaines. Cette éruption était constituée par des vésico-pustules, siégeant à la paume de la main gauche et sur la face dorsale des doigts. Ces pustules se réunissent bientôt pour former de vastes placards exulcérés. En même temps l'éruption siège dans les plis inguinaux, sur les grandes lèvres (où elles présentent une grande analogie d'aspect avec des syphilides papulo-tuberculeuses), sur la nuque.

L'éruption occupe aussi les muqueuses. La langue est creusée de sillons d'aspect vilieux, limitant des parties hypertrophiques, ressemblant aux circonvolutions cérébrales. On trouve une ulcération sur la face interne de la joue gauche. Traitée par des applications locales d'iodoforme, la malade sort guérie le 7 novembre 1886.

Au bout de deux mois se produit une suppuration de l'extrémité de l'index droit qui amène la chute de la première phalange. En juin 1887, l'éruption reparaît à la vulve et à la nuque. S'étendant progressivement en ce dernier point, elle occupe le cuir chevelu, les lèvres. Cette poussée guérit en deux mois. En janvier 1888, nouvelle récurrence débutant par la nuque. La malade entre dans le service du Professeur Hallopeau. L'état général est bon. Les lésions sont les suivantes :

1° Une grande plaque de la nuque, mesurant 7×10 centimètres, limitée par un rebord polycyclique. Elle est formée par un groupement de pustules, les unes croûteuses, les autres guéries.

2° Des pustules disséminées sur le cuir chevelu déterminant une alopecie peu marquée.

3° Sur les lèvres, des exulcérations fissuraires, avec exco-riations recouvertes de croûtes ; rhagade sur la commissure gauche, s'étendant sur la surface muqueuse de la joue où l'on trouve une surface mamelonnée, creusée de sillons. La langue est dans le même état qu'au cours du séjour hospitalier précédent.

4° Une plaque débutant au-dessus du pubis, occupant la vulve, les aines, la racine des cuisses et l'anus.

Les jours suivants des pustules apparaissent brusquement au pourtour des lésions précédentes. C'est par le processus de ces pustules marginales se desséchant par la suite que progresse excentriquement la maladie. C'est ainsi qu'on voit

de nouvelles plaques succéder à des pustules dans l'aisselle droite, sur la main gauche, puis sous le sein droit et sur le cuir chevelu.

Le 27 août 1888, la malade quitte l'hôpital, guérie de toutes ses plaques (sauf des lésions buccales) par un traitement uniquement local ayant consisté en applications d'iodoforme. Il n'y a pas de cicatrices, mais seulement des plaques pigmentées avec légère induration dermique et légère alopecie.

En octobre 1888, la malade revient pour une nouvelle récurrence cutanée. Les lésions buccales persistent.

En février 1889 l'état de la malade est très satisfaisant.

L'inoculation à la malade d'un pus d'une pustule sous la peau n'a rien perdu. L'examen bactériologique a montré la présence de staphylocoque blanc.

OBSERVATION II.

(FOURNIER et FEULARD. *Congrès de D. et S. Paris 1889.*)

G... garde-champêtre, malade depuis un an. Entre dans le service du Professeur Fournier avec des éruptions siégeant à la face, dans la cavité buccale et dans la région genito-crurale. Amélioré très rapidement par l'iodoforme, il sort du service pour y entrer de nouveau quinze jours après, parce que de nouvelles pustules sont apparues.

Etat actuel du malade (18 octobre 1889). Plaque de coloration rouge foncé, couvrant la partie antero inférieure du tronc et le haut des cuisses. Cette plaque pigmentaire présente des contours nets, polycycliques par places, elle intéresse la verge, la presque totalité du scrotum et s'arrête en arrière au pourtour de l'anus. Le tégument est notablement épaissi à son niveau, mais les poils ne sont pas tombés. Les pustules en évolution siègent pour la plupart au pourtour de la plaque. Parfois isolées, elles sont le plus souvent congglomérées. On note à côté de ce grand foyer, d'autres plaques isolées dont la surface varie de celle d'un grain de millet à celle d'une pièce de deux francs. Les plus importantes se voient au-dessus des épines iliaques antérieures, à la partie médiane du tronc, à l'union des régions lombaire et dorsale, enfin dans l'aisselle droite.

A la face, on note sur la joue gauche une plaque saillante, supportant un grand nombre de pustulettes congglomérées. Au menton des plaques isolées, circulaires, forment une saillie de près d'un centimètre. Les lèvres présentent sur leurs deux faces de nombreuses vésico-pustules. La langue est coupée de sillons entrecroisés en tous sens. On y voit quelques pustulettes. A la face interne des joues se trouvent des saillies volumineuses que séparent des sillons profonds. Elles sont rouges et on y voit des foyers de suppuration miliaire. Sur le voile du palais et les amygdales quelques pustulettes. L'état général est très satisfaisant.

Les lésions du tronc sont traitées par l'iodoforme, celles de la face par la pommade boriquée, celles de la bouche par la lotion au choral.

20 novembre. — Toutes les lésions locales se sont amendées. En raison de vertiges imputés à l'iodoforme, ce médicament est remplacé par la pommade boriquée au 1/10. Le malade demande à quitter le service. A sa sortie, les lésions du tronc sont en bonne voie de guérison. Elles ont surtout perdu leur aspect saillant par rapport au reste du tégument :

mais une teinte bistre foncée persiste à leur niveau. A la face elles sont moins améliorées. Il existe toujours dans le pli qui sépare la lèvre du menton, une saillie papillomateuse supportant des pustules, les unes en activité, les autres en voie de régression. Sur le menton et sur le bord libre des lèvres, on retrouve l'induration, l'inégalité, les pustules accompagnées d'épaississement des tissus que l'on y observe depuis le début de l'affection. Dans l'aisselle droite, l'éruption n'est plus marquée que par des papules brunâtres. Le malade quitte alors le service.

4 mars 1890. — Le Professeur Hallopeau va voir le malade qui n'a pas quitté la chambre depuis son retour dans son pays. La dermatose a continué d'évoluer sous la même forme. La plaque abdomino-genito-crurale a pris un caractère nettement végétant ; les rebords cruraux forment une saillie de trois millimètres. Il y a sur cette plaque peu de pustules en évolution. L'état des lèvres et de la muqueuse buccale ne s'est pas modifié. L'éruption déjà ancienne du menton a pris un aspect éléphantiasique. Toute cette région et jusqu'au niveau de l'os hyoïde est tuméfiée, indurée, creusée de replis profonds et parsemée de pustules en activité ou remplacées par des croûtes.

De plus, le malade présente de nouvelles lésions, l'une au pied gauche, l'autre au niveau du cuir chevelu. Il raconte qu'en novembre, peu après sa sortie de l'hôpital, son pied gauche a été envahi. L'éruption y a débuté par la face dorsale du deuxième orteil, puis elle s'est étendue successivement aux autres orteils pour gagner ensuite la plus grande partie du pied et remonter graduellement jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Elle est actuellement encore en évolution, constituée au début par des pustulettes miliaires qu'entoure une petite aréole d'un rouge sombre. Le malade assure que la macule est le phénomène initial ; on constate en effet, qu'un certain nombre de ces taches existent indépendamment des pustulettes, sous forme d'un pointillé rouge.

Au-dessus de la malléole interne, se trouve une large plaque d'un rouge sombre, parsemée de pustulettes discrètes. Sur le dos du pied, les éléments éruptifs sont conglomérés. Les uns sont constitués par des pustulettes encore en activité, les autres forment des croûtes noirâtres ou d'un brun foncé, confluentes, épaisses, cloisonnées par des sillons. Quand on les enlève, on trouve en-dessous d'un magma demi-solide, une surface végétante non ulcérée, de consistance ferme. L'ongle du troisième orteil est tombé.

La plante du pied est tuméfiée. On y voit des pustulettes récentes. Nombre d'entre elles sont excoriées ; il s'en exhale une odeur fétide.

Au niveau du cuir chevelu, le caractère végétant est devenu le trait dominant de l'éruption. Envahi dans sa totalité, à l'exception de la base de l'occiput, il présente actuellement une coloration d'un rouge pâle en avant, plus foncé en arrière. Dans toute la région occipito-frontale, la peau est très épaissie, d'aspect éléphantiasique, creusée de sillons profonds ; la partie malade est limitée en arrière et latéralement par un rebord saillant que surmontent des pustules en activité et des croûtes.

Les ganglions tributaires des parties malades sont très légèrement tuméfiés. L'état général est excellent. Le traitement par des applications de solution et de pommade boricées est continué.

14 juin 1890. — De nouvelles poussées pustuleuses se sont produites au cuir chevelu, au-dessus du pubis, dans l'aisselle gauche et dans la région des lombes. L'aspect du cuir chevelu est actuellement des plus remarquables. La plaque éruptive, s'étend de la nuque au vertex sur la ligne médiane, aux régions temporales sur les côtés ; elle descend jusqu'aux oreilles, sans les intéresser. Elle forme une saillie d'un centimètre environ. Sa couleur est d'un rouge pâle. Elle est recouverte de minces croûtelles et de fines squames. Ses contours sont nets. Elle s'élève brusquement au-dessus

des parties saines. Elle est creusée de sillons profonds, pour la plupart antéro-postérieurs et incurvés ; ils la divisent en circonvolutions, identiques par leur configuration, à celles du cerveau. Certains d'entre eux parcourent la plaque dans presque toute son étendue et son épaisseur. D'autres ne mesurent que de un à trois centimètres de longueur, sont moins profonds et ne divisent qu'une partie du tissu néoformé. En écartant les bords de ces sillons, on voit que la face interne des circonvolutions qu'ils séparent est excoriée et le siège d'une sécrétion puriforme, peu abondante. La consistance de ces saillies est molle. Elles donnent lieu à un prurit intense, le grattage amenant parfois des excoriations. La seule partie de cuir chevelu exempte d'altérations répond au vertex ; elle a la forme d'un fer à cheval encadrant une plaque malade, grande comme une pièce de deux francs. Le malade a depuis longtemps une alopecie presque complète. Elle a fait beaucoup de progrès sous l'influence de l'éruption. Ses cheveux ont presque entièrement disparu sur la surface libre des replis cutanés ; il en reste à l'occiput quelques touffes insérées au fond des sillons ; on en voit encore à la nuque et quelques-uns, clairsemés sur les régions temporales.

Au membre inférieur gauche, tout le pied (à l'exception d'une partie de sa face plantaire) et les deux tiers inférieurs de la jambe présentent les mêmes saillies végétantes, confluentes et formant ainsi une masse continue ; elles sont recouvertes de croûtes d'un jaune brun, épaisses d'environ un millimètre, et limitées par des sillons peu profonds qui s'entrecroisent en tous sens ; elles sont séparées en haut, des parties saines, par un rebord saillant, nettement arrêté, sauf en avant de l'éruption encore en activité, et constituée par une rougeur érythémateuse parsemée de pustules miliaires ; par exception une de celles-ci est translucide et remplie d'un liquide clair.

A la face plantaire, il n'y a de peau saine qu'au talon et à la partie antérieure de la région métatarsienne. Partout

ailleurs, la peau est surmontée des mêmes saillies végétantes recouvertes de croûtes ressemblant en tous points à celles qui viennent d'être décrites ; on voit sous les ongles des masses concrétées, incomplètement kératinisées.

L'examen du liquide recueilli au niveau des pustulettes de la plante de pied a montré la présence d'un microbe ressemblant morphologiquement au *staphylococcus albus*, et n'en différant que par la lenteur avec laquelle il liquéfie la gélatine.

Avril 1891. — Il s'est produit une grande amélioration au niveau du cuir chevelu. Les circonvolutions ont presque complètement disparu. La peau a repris sa couleur normale et les cheveux ont repoussé avec leur teinte naturelle. Au visage, l'amélioration est moins prononcée. Le menton, dépourvu de barbe, est le siège d'un foyer de suppuration qui envahit la lèvre inférieure.

Aux parties génitales, on n'observe aucune amélioration ; il y a plutôt même aggravation ; on y remarque des saillies végétantes considérables.

A la jambe et au pied les manifestations tendent à disparaître ; il n'y a plus que quelques saillies végétantes sur la face dorsale du pied. Le malade ne veut suivre aucun traitement.

OBSERVATION III. (résumé)

(HUDELO et WICKHAM. *Soc. de D. et S.* 1891.)

Malade du service du Professeur Fournier, offrant à la main gauche, aux régions périnéales et scrotales, et à la muqueuse buccale des lésions qui reproduisent les caractères de la « Dermatite pustuleuse chronique et végétante, en foyers, à progression excentrique ». On constate en effet la formation de pustules qui se développent excentriquement pendant que leur partie centrale s'affaisse et devient croûteuse. La croûte formée tombe et met à découvert une surface papillomateuse, végétante et très fortement pigmentée. Il se produit des auto-inoculations voisines qui évoluent pour leur compte. Les foyers voisins se réunissent et finissent par former de longues surfaces brunâtres, papillomateuses, végétantes, semées de pustulettes, surfaces limitées par un rebord polycyclique, circiné, formé par un soulèvement épidermique purulent, au-dessous duquel le derme est semé de pustulettes profondes. Au delà existe une zone inflammatoire et des pustules d'auto-inoculation. Jamais et en aucun temps on n'a observé de vésicules et de bulles ; il s'est toujours agi dès le début de pustulettes très nettement opaques. Les surfaces atteintes sont le siège des sensations douloureuses.

OBSERVATION IV.

(HALLOPEAU et LEDAMANY. *Soc. Fr. de D. et S.* 10 janv. 1895.)

G... 19 ans. Pas d'antécédents héréditaires. A eu personnellement il y a 3 ans une affection intestinale caractérisée par de la diarrhée et des douleurs abdominales. Depuis cette époque il est sujet à des crises diarrhéiques à intervalles irréguliers.

Le 15 octobre, lors de son entrée à l'hôpital, il présente sur les deux côtés du visage plusieurs placards éruptifs non symétriques. Le plus large d'entre eux occupe le menton, la partie inférieure de la région sus-hyoïdienne et de la joue droite. Il est formé par la coalescence de deux plaques primitivement isolées. Celle du menton, apparue la première, a débuté par un bouton qui était situé près de la dépression sus-mentonnière et qui s'est étendu principalement sur les côtés et en bas. Un deuxième bouton, développé sur la joue droite, en s'étendant excentriquement par toute sa périphérie, a fini par devenir tangent à la lésion précédente. La vaste plaque aussi formée est saillante, végétante, rouge, recouverte de pus et de pustules. Elle mesure dix centimètres $\frac{1}{2}$ transversalement et huit centimètres de haut en bas. La rougeur est un peu plus marquée à la périphérie qu'au centre, où elle est un peu jaunâtre. Les végétations bourgeonnantes existent sur toute l'étendue de la région malade,

mais confluentes, sur le menton et dans le voisinage, elles sont isolées sur la joue droite. Les saillies qu'elles forment, varient de 1 à 4 millimètres. Dans les points où ces élevures se touchent par leur base, les sommets restent distincts, et les téguments ont un aspect grossièrement chagriné. Beaucoup de ces saillies sont surmontées de vésico-pustules, du volume d'un grain de chenevis, remplies d'un liquide sero-purulent. Plusieurs sont déchirées et laissent à nu de petites excoriations d'où s'écoulent du pus et de la sérosité qui se concrètent en croûtes molles blanchâtres ou jaunâtres.

Peu de temps après les éléments initiaux des deux plaques précédentes, un troisième bouton s'est développé sur la joue gauche au-devant de l'oreille ; il s'est étendu progressivement en suivant également une marche excentrique. Il en est résulté une plaque irrégulière, de coloration rouge, surmontée de vésico-pustules assez nombreuses de 2 à 3 millimètres de diamètre. Quelques-unes reposent sur une base un peu saillante, également végétante, mais ces saillies sont peu nombreuses et beaucoup moins élevées qu'au menton ; d'autres sont desséchées, transformées en croûtes au-dessous desquelles on voit des excoriations superficielles, rouges, saignant au moindre contact.

C'est seulement au mois d'août qu'ont débuté les lésions des narines et des lèvres. Aux narines, dont elles ont envahi toute la surface interne, elles ont déterminé un épaississement tel, que l'orifice est représenté seulement par une fente irrégulière, antéro-postérieure, large à peine de 2 ou 3 millimètres. Autour, on voit les tissus végétants, exulcérés, couverts de croûtes. Ces lésions ne remontent guère qu'à un centimètre de profondeur à l'intérieur des fosses nasales. La partie médiane des lèvres présente des lésions un peu différentes, car elles ne sont nullement végétantes ; ce sont des vésico-pustules agglomérées, avec rougeur vive et excoriation des parties intermédiaires.

La muqueuse pharyngienne et la muqueuse buccale, sont indemnes, mais la langue présente un aspect tout particulier.

Sur la ligne médiane, on voit un sillon antéro-postérieur très profond, sinueux, duquel partent des sillons analogues, transversaux, dirigés un peu en avant. Les parties intermédiaires sont très indurées. Ces lésions ne sont pas syphilitiques car les recherches faites dans le sens de la syphilis sont restées absolument négatives ; elles sont d'ailleurs identiques à celles qui ont été faites pour les deux premiers malades observés par Hallopeau.

Les lésions cutanées sont à peu près indolentes ; par moments cependant, surtout la nuit, elles deviennent extrêmement prurigineuses.

Tel était l'état du malade lorsqu'il entra à l'hôpital. Les lésions pustuleuses du menton furent cautérisées au galvanocautère, puis pansées ainsi que les autres lésions à l'eau salicylée. Sous l'influence du traitement la plaque du menton s'affaissa. Mais les lésions des narines, des lèvres, des joues, progressèrent par apparition excentrique de pustules (5 janvier).

Sur la joue droite, près de l'oreille, se trouve une plaque large de 3 centimètres, longue de 4, de coloration rouge pâle, sauf à la périphérie où la rougeur est plus vive, couverte en partie de croûtes jaunâtres, molles, adhérentes aux cheveux. En arrière d'elle, on voit un soulèvement épidermique, qui circonscrit une surface irrégulièrement ovalaire. Cet aspect est dû à ce qu'une bulle située en ce point a continué à s'étendre par sa périphérie, alors que son centre guérissait. Au-dessous de l'oreille droite, un soulèvement épidermique rempli d'un liquide sero-purulent. Il a la forme d'un rein et entoure quelques petites saillies végétantes.

Sur la partie supérieure de la plaque de la joue gauche, on voit encore une excoriation qui dessine un segment de cercle dont la convexité regarde le centre de la plaque éruptive.

Les lésions des lèvres et du nez ne sont pas modifiées pendant le séjour du malade à l'hôpital.

La vaste plaque du menton, au contraire, est considérablement améliorée. Sur la moitié droite, il n'y a plus qu'une coloration rouge pâle (sauf à la périphérie où elle est un peu plus vive), quelques pustules, et à la partie inférieure, un segment de cercle formé par des élevures, derniers vestiges des végétations qui recouvraient toute cette plaque, il y a deux mois.

Sur la face interne des joues et des lèvres se sont développées depuis un mois environ des pustules dont le nombre va en augmentant. Très nombreuses elles ont la forme de points blancs du diamètre d'un grain de mil.

En arrière de la commissure gauche, sur la joue, elles sont peu nombreuses ; mais de ce même côté, on voit la muqueuse former de nombreuses saillies végétantes, très analogues à celles de la peau.

Ces lésions buccales sont à peu près indolentes.

OBSERVATION V.

(HALLOPEAU et MONOD. *Communic. à la Soc. Fr. de D. et S.*
11 juillet 1895.)

M^{lle} Gr... entre le 1^{er} juillet 1895 à l'hôpital. Elle est âgée de 45 ans. Vigoureuse constitution. Elle a eu à 25 ans

un rhumatisme articulaire qui a duré trois mois. Elle a fait il y a deux ans, une chute sur la tête avec plaie buccale ; depuis lors elle a toujours eu des boutons sur le cuir chevelu.

En janvier 1895, elle a eu une maladie qualifiée d'influenza, à laquelle a fait suite, en mars, une pleurésie ; il s'est produit dès lors une éruption abondante sur le cuir chevelu : peu après s'est développé à la face un érysipèle qui a duré 18 jours. Simultanément des plaques éruptives sont survenues dans les plis inguinaux, aux cuisses, dans la région dorsale droite (après l'application d'un vésicatoire), au bras gauche (après l'application d'un cautère). Elles se sont depuis lors progressivement étendues.

Actuellement l'état général est bon, malgré la multiplicité des lésions.

Au cuir chevelu, la région occipitale est occupée par une plaque éruptive de 20×16 centimètres ; elle descend jusqu'à la nuque. Ses contours sont polycycliques et elle fait une saillie d'environ 8 millimètres. Sa surface est rouge, inégale, mamelonnée, végétante par places, parsemée de croûtelles jaunâtres, creusés de sillons profonds ; on y distingue, principalement près des bords, des vésico-pustules ; ces mêmes éléments se trouvent disséminés autour de la plaque, isolés ou agglomérés en petits groupes sur une surface erythémateuse.

Sur le côté gauche du cou, en arrière, une plaque à contours irréguliers de $2 \times 1,5$ centimètres, formant une saillie d'environ 3 millimètres. Sa coloration est d'un rouge framboise sur lequel tranchent de nombreuses pustulettes ; ses bords sont nettement détachés.

Sur la partie postérieure droite du thorax, une autre plaque mesure 9×6 centimètres ; elle est en partie guérie, car elle ne forme plus de relief dans sa partie centrale dont la coloration rouge indique seule l'altération. Elle est limitée en bas par un bourrelet végétant présentant quelques vésico-pustules.

Une plaque semblable occupe le bras gauche. Une autre de 8×4 centimètres intéresse la partie postérieure de la cuisse droite, en-dessous du pli fessier. Son relief atteint de 3 à 4 millimètres ; sa surface est recouverte de croûtes épaisses, mélicériques. A sa périphérie de nombreuses pustules isolées ou confluentes. Les plis inguinaux, les grandes lèvres dans toute leur hauteur et les parties correspondantes des cuisses, ainsi que la région sus-pubienne, sont le siège de lésions étendues et très prononcées. La peau y est recouverte de saillies végétantes ; des vésico-pustules se voient autour de ces lésions.

L'index de la main gauche est atteint et les lésions y présentent un aspect différent. Dès le mois d'avril il s'y est développé des soulèvements purulents qui l'ont graduellement envahi dans la plus grande partie de son étendue ; l'ongle est tombé récemment. Les deux premiers articles sont rouges et tuméfiés ; en examinant la face palmaire, on y voit des plaques saillantes ayant pour centre les plis articulaires : leurs pourtours sont polycycliques et formés de pustules confluentes ; une aréole rouge les entoure sur un rayon de 1 ou 2 millimètres.

L'anus est entouré de plaques végétantes, rouges, lisses, suintantes, à disposition radiée, convergeant vers l'orifice et simulant à s'y méprendre des condylomes syphilitiques.

Il y a des ulcérations à la partie interne des joues et sur les gencives ; la langue est rouge et tuméfiée. Les lèvres sont recouvertes dans leur tiers médian de pustulettes et de croûtelles. Le nez est le siège d'un écoulement purulent. Les ganglions occipitaux et inguinaux sont légèrement tuméfiés.

Les parties malades sont le siège de vives démangeaisons.

Le traitement consiste en l'application de ouate hydrophile imprégnée d'huile phéniquée au 1/20 ; des rondelles d'emplâtre rouge recouvrent toutes les vésico-pustules isolées. La plaque du bras gauche est traitée par le naphthol camphré, celle du dos par le salol camphré.

5 juillet. La plaque traitée par le naphтол camphré s'est affaissée ; elle ne présente plus de pustulettes ; les végétations sont moins saillantes.

OBSERVATION VI.

(HALSUND. 1896.)

(Nous ne mentionnons cette observation que dans le but d'être complet, car, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu en retrouver le texte dans la littérature médicale. Elle eût cependant présenté un certain intérêt, l'affection qu'elle décrit ayant débuté par une suppuration d'un doigt consécutive à un traumatisme.)

OBSERVATION VII. (résumée)

(HALLOPEAU. *Annales de D. et S.* 1898.)

Malade ayant présenté un nouveau cas typique de dermatite pustuleuse de Hallopeau. Celle-ci était constituée par des

foyers multiples de suppuration qui occupaient surtout la cavité buccale, le pourtour de la vulve et de l'anus, mais que l'on retrouvait en diverses autres parties de la surface cutanée, par exemple l'une des aisselles, la région ombilicale, les membres ; chacun de ces foyers débutait par la formation d'une pustulette reposant sur une base érythémateuse ; très rapidement ces éléments se multipliaient, en même temps que le tissu sous-jacent devenait végétant.

Brusquement, alors que les lésions continuaient à être purement suppuratives dans les principaux foyers précédemment désignés, des éruptions bulleuses se manifestaient en d'autres régions, plus particulièrement au-dessous de l'ombilic, au-devant du sternum et sur les membres, en petit nombre du reste. Un examen attentif de nouvelles lésions montre qu'il ne pouvait s'agir là de manifestations de la maladie de Duhring. C'est ainsi qu'au niveau de l'ombilic, les choses se passaient de la façon suivante : en premier lieu, apparition, au-dessous de l'anneau, sur la ligne médiane, d'une bulle remplie d'un liquide citrin dont très rapidement (en moins de 24 heures), la base devient manifestement végétante. Peu de jours après, éruption au-dessous de cette bulle, d'une série curviligne d'éléments semblables, représentant des fragments de cercle superposés ; alors que la dernière est en pleine activité, les premières ne sont plus constituées que par des plaques végétantes qui, après une période d'augmentation, s'effacent peu à peu.

Dans les trois mois suivants, des éruptions semblables sont survenues, disséminées en différents points de la surface du corps, alors que les lésions suppuratives des foyers initiaux persistaient avec des alternatives de régression et de repululation.

Les éruptions bulleuses, après s'être reproduites pendant plusieurs mois, ont complètement cessé de se manifester.

Les lésions pustuleuses et végétantes, au contraire, se sont à plusieurs reprises effacées complètement au pourtour de la vulve et de l'anus pour s'y reproduire ensuite. Des lésions

pustulo-végétantes situées au niveau des commissures palpébrales internes ont subi diverses vicissitudes ; elles étaient en voie de régression quand, le 18 octobre, apparaissent, au niveau des points lacrymaux, des plaques érysipélateuses qui s'étendent rapidement sur les paupières, le front et toute la partie médiane du visage. Cependant en cinq jours, l'éruption est enrayée, probablement sous l'influence d'un traitement local par l'ichtyol et la fièvre tombe pour ne plus reparaître.

Pendant le cours de cette éruption érysipélateuse, les lésions préoculaires ont subi comme un coup de fouet ; des soulèvements phlycténoïdes, remplis d'un liquide purulent, s'y sont manifestés ; leur siège a montré qu'il s'agissait de nouvelles poussées bulleuses de la maladie initiale, car elles occupaient la place de celles qui avaient été signalées antérieurement.

Le pronostic chez la malade est bon actuellement (novembre 1898), 20 mois après le début des accidents l'état général est satisfaisant. La maladie a beaucoup rétrogradé. Il ne persiste plus qu'une suppuration au niveau de la matrice de l'ongle à l'annulaire droit, et deux foyers végétants, le premier situé au niveau et en-dehors de la commissure labiale droite, le second occupant toute la région ano-vulvaire, constituée par des saillies végétantes qui atteignent 1 centimètre de hauteur, et rappellent au pourtour de l'anus, des hémorroïdes.

Il n'y a pas d'adénopathie.

OBSERVATION VIII (résumée)

(Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur REINHOLD LEDERMANN, de Berlin. 1904.)

La malade entre dans le service le 24 août 1903.

Anamnestiques : Elle est née le 24 août 1877 ; à l'âge de deux ans, croup et diphthérie. A 8 ans, rougeole. A 9 ans, nouvelle rougeole. A onze ans, érysipèle de la tête et à 23 ans conjonctivite des deux yeux.

A 24 ans (1901) elle eut une dermatose à l'oreille droite qui, au dire du médecin, aurait été occasionnée par le port de boucles d'oreilles et guérit à peu près complètement par un traitement externe. L'affection actuelle débuta en juillet 1902 sur le côté droit du nez, sur le bord inférieur et la face interne de la narine. Elle disparut, par applications de pommade à l'oxyde de zinc, en octobre de la même année. En fin janvier 1903 la maladie reparait à la même place. Rapidement les endroits malades devinrent humides, puis s'agrandirent considérablement. Au début de février l'aile gauche du nez se prit à son tour. Un traitement local à la pommade ichthyolée et général par la liqueur de Fowler n'eut aucune action.

A la fin de mai 1903, l'ombilic commença à son tour à « suppurer » et le 13 juin apparurent les premières vésicules après une poussée inflammatoire plus violente de la peau. On posa tout d'abord le diagnostic de lupus du nez et la malade fut soumise à un traitement par les rayons Rontgen. En juillet l'oreille et le corps se prennent à leur tour. Le cuir chevelu présentant des squames sèches est badigeonné avec

une solution d'ichthyol et de résorcine, lavé et graissé avec une pommade contenant de l'acide salicylique, du soufre et du tannin.

Le 17 août apparut une inflammation du pouce droit. Peu de jours après le pouce gauche se prit à son tour et fut soigné par le médecin de la famille.

Etat actuel. Le malade entra le 24 août dans le service du Professeur Ledermann. A son arrivée elle présentait au niveau de l'ombilic, une plaque de la grandeur d'une paume de main, à bords taillés à pic, rouges, humides ; elle était un peu végétante et recouverte de pustules, nombreuses surtout à sa périphérie. Sur la face externe des deux ailes du nez, on pouvait voir aussi des plaques humides, à bords taillés à pic et décrivant deux lignes arquées ; ces plaques étaient également couvertes de pustules miliaires, surtout sur leurs bords. La muqueuse pituitaire était également recouverte des deux côtés, par des ulcérations nombreuses, superficielles et par des croûtes. Les deux pouces étaient rouges et tuméfiés, principalement au niveau de la première phalange, où la peau était couverte de pustulettes. Les ongles et leur matrice étant également le siège de pustules miliaires, on dut les enlever. Etat absolument superposable à celui qui vient d'être décrit, au niveau des deux gros orteils. Un diagnostic précis ne s'imposant pas, une pommade indifférente à l'acide borique fut appliquée et de l'iodure fut administré à l'intérieur.

Le 17 septembre, survint une extension plus large, plus serpigineuse du foyer du nez et de nouvelles pustules miliaires apparurent sur la muqueuse pituitaire. On appliqua alors sur le nez, des pommades à base de thymol, au niveau de l'ombilic de la poudre au xéroforme et un pansement à l'acide borique, enfin au niveau de la muqueuse pituitaire des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 2 %. Le 25 septembre on institua une médication arsénicale sous forme de pilules asiatiques. Le 24 octobre, la malade

était arrivée à prendre 6 pilules de 0,001 milligramme par jour. On essaya en ce moment une pommade à base d'ichthyol et de zinc, sur le nez et les doigts et ces derniers furent entourés d'une simple mousseline.

Le 3 novembre, tandis que les plaques du nez étaient en bonne voie de guérison, une nouvelle éruption de pustules apparaissaient sur leur bord et sur les deux oreilles, tandis qu'une rougeur érysipélateuse circonscrivait la plaque existant au niveau de l'ombilic. La malade ayant terminé ses pilules d'arsenic, le 21 novembre et sur le conseil du Professeur Neisser, elle reçut une injection hypodermique arsénicale. Quelques jours après nouvelle injection d'une solution ainsi formulée :

Acide arsénieux	0,2
Acide phénique	0,6
Eau distillée	20 centimètres cubes.

Mais de nouvelles pustules n'en continuent pas moins à se produire, en particulier après la menstruation.

Le 23 novembre, injection de 1 centimètre cube de la solution citée plus haut, le 25 novembre, 2, le 27, 2 centimètres cubes $\frac{1}{2}$ et le 29, 3. (Pendant ce temps, comme traitement externe, bains de goudron et applications de pâtes soufrées.)

Le 2 décembre encore 2 centimètres cubes de la solution. La malade ne se sent pas bien et se plaint de démangeaisons au niveau du cou. Et tandis que les plaques du nez semblaient toucher à la guérison, une nouvelle éruption pustuleuse apparaît sur le ventre.

Le 6 décembre, le Professeur Ledermann est appelé auprès de la malade qui présente de la fièvre, de la céphalée, de fréquents embarras gastriques, enfin parfois un peu d'hébété. L'urine ne contient ni sucre ni albumine. Le 17 dé-

cembre avec une température atteignant 38° 3 le soir, une éruption pustuleuse symétrique se développe, accompagné de céphalées très violentes, mais intermittentes, et de maux d'estomac. Respiration superficielle avec rhonchus du côté gauche. Le 31 décembre, après quatorze jours de repos au lit et des applications répétées de pommade soufrée, l'état du nez s'est beaucoup amélioré. Le cuir chevelu, les oreilles et les bras, sont symétriquement recouverts de croûtes épaisses, laissant, si on les enlève, une cicatrice humide. En outre, on peut voir partout des pustulettes, soit confluentes, soit isolées. Les règles sont suivies d'hémorragies violentes et persistantes occasionnant une anémie prononcée. Tous les endroits recouverts de croûtes, sont alors pansés à la vaseline salicylée à 5 % et à la pommade soufrée.

Le 5 janvier 1904, le nez et l'ombilic sont très améliorés. Par contre de nouvelles pustules sont apparues sur la poitrine et les organes génitaux.

Le 11 janvier, quelques pustulettes néo-formées sur la poitrine et les fesses.

Le 23 janvier, nouvelles pustules au niveau des joues et de l'ombilic. Indépendamment du traitement local, la malade prend de la quinine.

Le 30 janvier, grosse amélioration générale des foyers anciens, mais par contre, toujours quelques nouvelles pustules miliaires au niveau des deux panches.

Le 4 février, la plaque ombilicale qui avait été presque complètement guérie, se met à devenir en grande partie humide. En même temps se produit un arrêt dans la guérison du nez.

Le 8 février, forte éruption sur les deux bras de placards

eczématiformes. L'état du nez, des pouces et de l'ombilic s'améliore à nouveau.

12 février. La malade a pris en tout 60 pilules de 1 gr. 5 de quinine. Au niveau des oreilles, des bras, recouverts de grandes surfaces humides, apparaissent journellement de nouvelles pustules. Il en est de même aux pouces. L'ombilic suinte à nouveau.

16 février. Le visage et le cou sont rouges comme au début d'un eczéma vésiculeux.

Le 20 février, quelques endroits sont en bonne voie de guérison. La plaque ombilicale épidermique tombe sans laisser de traces. Les pustules néoformées se dessèchent.

9 mars. Une éruption de pustules plus larges apparaît sur le nez et la lèvre supérieure. La malade reçoit alors des pilules contenant de l'arsénic et du fer, ainsi qu'une pommade à l'acide borique.

16 mars. Amélioration générale considérable. Seuls les coudes présentent encore quelques pustulettes.

23 mars. Eruption nouvelle de pustules au niveau de l'ombilic, et à la périphérie des plaques existantes.

8 mai. On institue des bains sulfureux et des bains de son.

Le 26 mai, le nez est à peu près guéri, mais les plaques sont remplacées par une légère teinte brune de la peau à leur niveau. Un traitement à base de goudron donne sur les autres plaques d'excellents résultats.

Le 11 juillet, on ne voit plus que quelques petites pustules sur le bras et les jambes. Le nez est complètement guéri.

Au moment où l'éruption fut le plus violente, l'examen du sang n'a montré que de la leucocytose légère.

30 août. Tous les foyers sont guéris sans laisser de cicatrices. Seule une pigmentation foncée de la peau persiste à leur niveau. Les ongles des deux pouces sont hypertrophiés et déformés. La malade a augmenté de 20 livres et sort dans un état très prospère.

OBSERVATION IX.

(GAUCHER et MALLOIZEL. *Gazette des hôpitaux*, 6 décembre 1906.)

Malade âgé de 36 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. A eu personnellement un chancre syphilitique seize ans avant la maladie actuelle. Il s'est traité par du sirop de Gibert.

Le 14 juillet 1906, il présente brusquement un eczéma interfessier et un furoncle sur la fesse gauche que l'on incise. Quelques folliculites suppurées des aines étant apparues peu après, ces régions sont rasées et traitées par des applications de teinture d'iode. Le rasoir aurait, paraît-il, écorché quelques pustulettes, et c'est huit jours après que l'éruption s'étend. Des vésico-pustules envahissent les aines, la région pubienne, la racine des cuisses, le bas-ventre, le tour de l'om-

bilic, la partie inférieure du dos. Bientôt confluentes, elles finissent par former de larges placards. Puis l'éruption remontant latéralement occupe les deux creux axillaires et, d'une façon plus discrète, toute la poitrine. Cette éruption est très prurigineuse, et le malade, en se grattant, s'inocule le creux poplité gauche et la commissure labiale du même côté.

Le 26 septembre 1906, il entre dans le service du Professeur Gaucher, qui fait les constatations suivantes :

Dans les régions précédemment signalées, se montrent des placards très étendus, surélevés, à contours polycycliques. Chacun de ces placards est formé par des éléments isolés, papuleux, confluentes. Ces placards d'aspect lichénoïde sont entourés de vésico-pustules confluentes à la périphérie du placard, tantôt recouvertes d'une croûte peu épaisse, d'un brun jaunâtre, qui en tombant ne laisse pas d'ulcération. Sur la peau saine qui entoure les placards, on trouve d'autres vésico-pustules plus jeunes, presque toutes remplies de pus et disséminées. Le centre du placard est papuleux, dur à la palpation. Les placards sont surélevés, tendus, ce qui tient à la prolifération hypertrophique du derme. Les deux pustules d'auto-inoculation de la commissure labiale gauche sont uniquement croûteuses. Le malade n'a rien aux muqueuses, son état général est très satisfaisant. Il n'a ni troubles viscéraux, ni troubles nerveux, ni température. Sous l'influence d'un traitement constitué par des pansements humides, des pulvérisations résorcinées et des bains quotidiens prolongés, on note dès le 4 octobre l'affaiblissement du centre des placards qui conservent leur teinte rouge foncé. Les croûtes de la périphérie tombent. En revanche il s'est formé de nouvelles pustules autour des anciens placards. La progression excentrique des lésions est très nette.

Le 20 octobre, l'amélioration continue. Pas d'éléments nouveaux. Les deux pustules de la commissure ont conflué,

et forment une large exulcération à bords polycycliques, recouverte d'une croûte jaunâtre et humide.

30 octobre. On ne trouve plus sur l'abdomen que des cicatrices planes, à peine papuleuses, de coloration jaune, un peu cuivrée. Çà et là, sur les cuisses, le dos, sous le genou droit se voient encore quelques pustules recouvertes d'une croûte. Au-dessous d'elles l'hypertrophie du derme est très nette. Les pustules de la face s'étendent encore excentriquement, sans qu'il y ait de nouvel élément. Sur le dos existe encore un placard en pleine activité. Le malade a conservé un état général excellent et demande à sortir.

OBSERVATION X.

(RADCLIFFE CROCKER. *Proc. roy. soc. of. Dermatology. London. 1908-1909.*)

Jeune femme, âgée de 26 ans, mariée. Un enfant vivant, en bonne santé. Elle est présentée à la société royale de dermatologie le 18 juin 1908 par R. Croker parce qu'elle présente une dermatite pustuleuse et végétante rare, laissant après guérison une pigmentation brunâtre de la peau. La maladie évolue depuis près de deux ans. Au dire du Dr Ransonn de Bungay qui l'a observée le premier, elle aurait commencé par se manifester au niveau du cuir chevelu. Les régions successivement atteintes furent : le cuir chevelu, la nuque, le sourcil gauche, l'aisselle droite, le pubis et les par-

ties génitales, et une grande partie du dos dans sa région moyenne. L'aspect des lésions est exactement celui que l'on rencontre dans la maladie que le D^r Hallopeau nomme dermatite pustuleuse, chronique et végétante, en foyers, à progression excentrique. Il y a cependant quelques points de ressemblance avec l'impetigo herpétiforme. Un dessin des lésions présentées par la malade, fut exécuté lorsqu'on l'admit à l'University College Hospital.

18 février 1909. La malade a été traitée depuis juillet dernier par un vaccin préparé par le D^r Emden, le bactériologiste de l'University College Hospital en partant du staphylococcus aureus trouvé sur les pustules des lésions. Les injections ont été faites régulièrement tous les quinze jours jusqu'à il y a environ quatre semaines, et hebdomadairement depuis ce moment-là. L'index opsonique pour le staphylocoque doré qui variait avant le commencement des injections entre 1,01, et 1,09, a atteint 1,36 et 1,65 lorsque l'on injectait 100 à 200 millions de microbes. Mais une injection de 500 millions l'a fait retomber à 0,93.

Par ce traitement, la malade a été considérablement améliorée. Le dos qui tout d'abord était couvert de lésions en évolution est aujourd'hui à peu près complètement guéri. Les placards végétants de la nuque occupent une surface bien moins étendue qu'au début du traitement. Il en est de même de toutes les lésions de la face, à l'exception de celles qui siègent au niveau des narines et de la commissure labiale gauche. En ces deux endroits et au même point localisé du dos, la dernière injection fut immédiatement suivie d'une légère recrudescence de la dermatite. Mais dès maintenant on note une amédioration régulière des lésions en ces trois derniers points. La santé générale et l'état mental qui avaient décliné pendant un moment, se sont bien améliorés. La malade quitte l'hôpital. Elle continuera chez elle le traitement local institué antérieurement à son hospitalisation (iodoforme et poudre d'amidon).

OBSERVATION XI.

(BROCC et FRANÇON *Soc. de D. et S. Paris. 1912.*)

Femme de 49 ans, d'assez bonne santé antérieure. L'affection date déjà de 6 mois (déc. 1911). Elle a commencé par le pied droit, puis le pied gauche, les jambes, la vulve, les aisselles, enfin les lèvres ont été envahies. Très rapidement les lésions primitives qui auraient été des soulèvements bulleux, sont devenus végétantes, puis elles se sont progressivement étendues, par extension périphérique serpigineuse. Cette extension s'est faite d'une manière fort inégale, suivant les régions. A la partie inférieure du tronc, et à la partie supérieure des cuisses, les placards ont pris un développement colossal. Ils sont constitués, en allant de la périphérie au centre, par une zone extérieure de petits soulèvements de l'épiderme, remplis d'une sérosité louche : ces soulèvements, devenant par places confluents, forment une bordure festonnée, suintante, limitée en dehors par une fine collerette épidermique ; par places, on trouve quelques éléments isolés. En dedans de cette zone externe, le derme est d'un rouge grisâtre ou brunâtre, mamelonné d'une manière fort irrégulière ; par places il porte des vésico-pustules fermées ou ouvertes ; en d'autres endroits il est recouvert d'un magma d'épiderme macéré et de croûtes ; enfin en certains points il est à vif, fortement papillomateux et les papilles hypertrophiées ont une tendance marquée à saigner lorsqu'on essaye de nettoyer ces surfaces. Cette zone papillomateuse varie beaucoup, suivant les points où l'on observe, comme épaisseur et comme largeur. Par endroits le derme atteint jusqu'à

un centimètre et demi d'épaisseur, par endroits il a à peine cinq millimètres ; par endroits, cette bande périphérique atteint 4 centimètres de large et même plus, puisque vers la hanche gauche on trouve des plaques de plus de 10 centimètres de diamètre ; par places, sa largeur ne dépasse pas un centimètre et demi. Au centre se trouve une surface plane, d'une teinte bistre assez accentuée, présentant çà et là de petits éléments vésico-pustuleux légèrement papillomateux.

Mais l'affection ne présente pas partout cette physionomie des lésions serpigneuses à marche excentrique. Aux jambes en particulier elle forme de vastes placards papillomateux d'une épaisseur considérable vers les chevilles et qui ne présentent aucun signe de régression centrale.

Enfin en certains points, et en particulier aux avant-bras et aux bras, aux membres inférieurs, on voit des éléments franchement érythémateux et urticariens pour la plupart disposés d'une manière circinée. Quelques-uns ont une certaine tendance à se couvrir de petits soulèvements vésico-pustuleux. Ils sont franchement prurigineux et rappellent complètement des éléments de dermatite herpétiforme. Le sang renferme 43 % d'éosinophiles.

13 novembre. Une plaque d'érysipèle paraît sur la cuisse gauche, au niveau d'un placard pustuleux. Elle gagne rapidement la fesse et les régions symétriques du côté droit. La face est prise aussi, probablement par auto-inoculation. Par contre, les bras, la nuque et les membres inférieurs, sièges de nombreux placards ou de plaques pustuleuses et végétantes, restent indemnes.

L'érysipèle s'accompagne d'une réaction thermique très accentuée à 40°, certains jours atteignant 41° et dure du 13 au 26 novembre. L'état de la malade devient tellement grave qu'on la considère comme perdue. On la traite par des injections intra-veineuses d'électrargol et par de vastes pansements à l'ichthyol. La malade se rétablit cependant peu à peu à la suite de cette pyrexie, l'évolution de la dermatose se

modifie complètement sur toute la surface du corps, même dans les points que l'érysipèle a respectés. La marche extensive des lésions s'est arrêtée, les pustules ont tari leur suppuration et les placards surélevés s'affaissent.

Presque partout il ne subsiste que de vastes placards maculeux, irrégulièrement colorés en brun, bistre ou blanc jaunâtre, un peu plus rose au niveau des fesses ; quelques-uns d'entre eux sont assez nettement décolorés au centre et foncés à la périphérie. Ces placards ne sont pas surélevés et se continuent de plan avec la peau normale qui les entoure. En quelques points cependant, il reste encore des traces de la maladie antérieure : au dos du pied, à droite et à gauche au niveau de la région pubienne, on retrouve encore quelques pustules isolées, suppurantes et surélevées ; sur l'avant-bras et la région lombaire, quelques plaques sont encore recouvertes de croûtes plus ou moins épaisses. A la face antérieure de l'avant-bras droit existent notamment deux lignes circonscrites recouvertes de croûtes et de fines vésicules. Enfin, au niveau de la vulve et de l'ombilic, la peau est encore ulcérée et suintante.

Les ongles se rapprochent assez du type normal ; il sont cependant finement cannelés et creusés de larges dépressions transversales ; l'ongle du pouce droit, presque entièrement décollé, est prêt à tomber.

Au niveau des lèvres, de la langue et des joues, il persiste de profonds sillons qui dessinent des surfaces parquetées. L'état général est bon ; il existe encore une forte eosinophilie sanguine (24 %).

L'amélioration de la dermatose n'est certainement pas due à l'ichthyol, car cette médication avait été appliquée sans résultats avant l'apparition de l'érysipèle. C'est donc bien lui seul qui a été l'agent curatif.

OBSERVATION XII. (Inédite)

(Observation de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de M. le Professeur NICOLAS. 1912.)

Madame L... entre à l'hôpital le 9 avril 1912 pour des lésions végétantes du membre inférieur gauche et de l'abdomen.

A. H. Père mort à 35 ans d'affection indéterminée. Mère en bonne santé, âgée de 84 ans.

A. C. Deux sœurs, mortes, l'une de pneumonie à 45 ans, la seconde, morte en couches à 31 ans.

A. P. Fièvres éruptives dans l'enfance (rougeole et scarlatine). Régée à 12 ans et depuis très régulièrement. Fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans. Mariée à 26 ans, elle a perdu son mari à 51 ans. Elle n'a eu qu'un enfant à l'âge de 31 ans. Mais celui-ci est mort à deux mois d'entérite. Pas de fausse-couche. Pas d'histoires cutanées antérieures. Elle ne connaît pas d'histoire cutanée chez ses ascendants. Aucune anamnèse de spécificité.

L'Histoire de la maladie actuelle est la suivante : en janvier 1912, à la partie moyenne de la face externe de la cuisse gauche, apparition d'un « petit bouton » surélevé, faisant une saillie rouge dans sa totalité, avec, au centre, un point blanc douloureux. C'était, dit la malade, un furoncle, mais un furoncle de taille respectable et d'évolution rapide. En effet, en moins de huit jours, la lésion atteignit, en tant que furoncle proprement dit, la surface d'une pièce de 2 frs, et en tant que rougeur périphérique, largement celle de la

paume de la main. La douleur fut très vive, jusqu'à la période de suppuration à l'extérieur. Il n'y a pas eu d'ouverture chirurgicale au bistouri. Le toit blanchâtre fut enlevé et il s'écoula du pus sanieux assez abondant. Il en résulta une ulcération profonde, qui, au dire de la malade, eût pu contenir une noisette. Dans la suite, un peu de pus et de sang, continuèrent à s'écouler, mais sans aggravation locale. Tout au contraire, il se faisait un travail de réparation. La rougeur et l'œdème périphériques avaient disparu. Le fond se comblait et les bords se resserraient. Cet état d'amélioration continuant, la cicatrisation était à peu près complète au bout de trois semaines. Il ne persistait plus qu'une lésion plate recouverte d'une croûte sèche. Il n'y avait plus à proprement parler d'ulcération.

Dans les débuts, pendant la phase d'accroissement de la lésion, la malade l'avait traitée par des applications de farine de lin et d'onguent mercuriel belladonné. Elle prenait aussi quelques dépuratifs, dans la constitution desquels l'iodure n'entrait pas.

La malade en était là de l'évolution de son furoncle dans la première semaine de février 1912, avec une cicatrisation à peu près complète, lorsque sans cause appréciable, interne ou externe, apparurent tout autour de la croûte des petits boutons d'un caractère différent du furoncle primitif et sur lesquels il est actuellement aisé d'être fixé. Ils étaient en tous points semblables à ceux que nous décrivons plus loin, à la périphérie des lésions actuelles.

La lésion s'étendit progressivement à la périphérie par la coalescence des éléments voisins, et par une progression excentrique la dermatite qui au début occupait la surface d'une pièce de 2 frs, atteignit les dimensions de 12 à 14 centimètres de diamètre. En même temps que se faisait cette extension périphérique, les caractères de la lésion se modifiaient. Alors qu'elle restait du type pustuleux à la périphérie, le centre végétant se surélevait, devenait nettement papillomateux avec un type spécial décrit plus loin. Peu de

temps après, une deuxième plaque apparaissait à la face interne de la cuisse gauche qui évolua simplement, laissant une cicatrice brune.

Ces deux lésions ne restèrent pas isolées. De nouvelles poussées apparurent : sur l'abdomen au-dessus et à gauche de l'ombilic une toute petite lésion grosse comme la tête d'une épingle avec un centre acuminé, purulent et une zone inflammatoire périphérique d'aspect érythémateux. La lésion ombilicale, demeurant superficielle, ne fit pas un furoncle vrai, mais autour de cette lésion centre, l'entourant comme d'une couronne, de nouvelles pustules miliaires apparurent et il se fit par extension excentrique un placard ovalaire, à grand axe transversal de 8 à 10 cm × 5. Vers le milieu de mars apparut une même lésion sur la ligne blanche, à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis avec une même évolution. Enfin, il y a quatre ou cinq jours, et cette évolution a pu être suivie en peau saine, sur la région abdominale, sont apparues deux toutes petites lésions qui ont déjà évolué. Du volume d'une tête d'épingle au début, elles ont maintenant la surface d'une pièce de 50 centimes, avec autour un large halo érythémateux.

En somme on note, au point de vue topographique :

Sur la cuisse gauche, à la partie moyenne de la face externe, un grand placard, le premier en date. Il est à peu près arrondi par suite de son extension périphérique autour de l'ancien furoncle et mesure 14 centimètres de diamètre environ. Il est constitué par une lésion centrale de 10 ou 11 centimètres de diamètre et par une zone de 1 ou 2 centimètres de lésions disséminées.

Sur l'abdomen, en haut et à gauche de l'ombilic une lésion ovalaire à grand axe oblique en bas, et en dehors de 7 × 5 centimètres. Autour d'elle ne se trouvent que de rares érosions isolées, sauf à la partie inférieure, où il en existe deux de la surface d'une pièce de 0 fr. 50.

A noter encore un placard sous-ombilical de la surface

d'une pièce de 2 frs, placard encore isolé sans la couronne de pustulettes périphériques.

Au-dessus de la partie externe du pli inguinal gauche deux lésions jaunes.

Quatre autres petites lésions disséminées sur le reste de l'abdomen. Rien sur le reste du corps.

Si l'on examine en détail la lésion principale, la première en date, on note un aspect un peu différent suivant le point considéré, centre ou périphérie. La partie centrale est de beaucoup la plus développée. Elle a un diamètre de 8 à 9 centimètres. Elle est dans son ensemble surélevée mais pas uniformément. En effet, sa partie centrale est légèrement excavée, creusée en cupule limitée en dehors par un large bourrelet de 1 à 2 centimètres d'épaisseur. L'aspect de toute cette portion est relativement uniforme, grisâtre, comme sec. Vue plus attentivement, on constate que la surface n'est pas égale, mais formée d'une multitude de papilles hérissées, juxtaposées. Cet aspect papilliforme est tel qu'on se croit en présence d'un placard de tuberculose verruqueuse, de lupus ulcéreux, papillomateux. Mais à la palpation, on sent qu'il n'y a pas une hyperkératose dure, cornée, et que la lésion est restée molle, œdémateuse. Par l'exploration, on écarte très aisément les saillies papilliformes les unes des autres, déterminant des fissures. Celles-ci ne sont pas sanguinolentes. Un peu de sérosité masque leur fond. On fait sourdre du pus de la profondeur, par la pression. En examinant avec soin la surface de cette zone papillomateuse, on voit que quelques bourgeons sont occupés à leur extrémité par une vésicule claire, transparente, de 1 millimètre $\frac{1}{2}$ environ de diamètre. La piqûre en fait sortir un liquide clair. Cet aspect n'est pas exceptionnel. A la coupe, on constate que chaque bourgeon est constitué par un gonflement gélatineux. En quelques points, les vésicules sont hématisées et il sort du sang à la piqûre. Il y a lieu de noter qu'au niveau des lésions il y a une prolifération manifeste des poils qui sont plus longs et plus nombreux qu'ailleurs. La région centrale

se continue insensiblement avec la zone périphérique, celle-ci large de 2 centimètres environ. C'est une bordure pustulo-ulcéreuse où se voit la trace des éléments qui l'ont constituée. Dans cette zone, on reconnaît, en effet, les éléments pustuleux primitifs, aplatis, exulcéreux, limités par des collerettes épidermiques soulevées et macérées. La bordure est polycyclique rappelant le mode de formation par conglomération des lésions primitivement isolées, avec un décollement épidermique marginal et en dehors de lui enfin une zone erythémateuse. Toute cette surface est extrêmement suintante. Elle laisse sourdre une sérosité citrine, claire, abondante, qui transperce avec rapidité les pièces du pansement. Il y a des détritux épidermiques nombreux. Malgré les pansements fréquents à l'eau d'Alibour, il y a une odeur de macération très accentuée, telle qu'on la trouve dans certains pemphigies ou dans les dermatites polymorphes. L'aspect des lésions de la périphérie, avec leurs exulcérations, leur décollement épidermique, leur circination, leurs bords polycycliques est celui de la dermatite vésiculo-ulcéreuse des enfants.

En dehors de ce placard, existent en peau saine, toute une couronne d'éléments isolés d'âges divers ; quelques lésions sont arrondies, lenticulaires, suintantes, ulcéreuses au centre avec décollement périphérique, quelques-unes même constituant déjà un centre autour duquel se montrent de nouvelles pustulettes. D'autres lésions, tout à fait à leur début, sont constituées par des petits points purulents, de la grosseur d'une tête d'épingle, très légèrement acuminés avec halo erythémateux.

Cette description du placard avec sa couronne de pustules périphériques est la même pour toutes les lésions. Le placard abdominalovalaire rappelle surtout la partie centrale de la lésion telle qu'elle a été décrite. Il est en effet surélevé, végétant, papillomateux. La zone pustuleuse périphérique est bordée de circinations assez larges. Les lésions voisines sont légè-

rement papuleuses, à type de syphiloïdes post-érosives de Jacquet.

La lésion sous-ombilicale a le type d'un gros élément d'ecthyma végétant. Disséminées çà et là se trouvent de petites pustulettes, éléments de début constituées par un petit point d'emblée purulent ; pustule à peine acuminée, à toit épidermique aplati, non régulièrement arrondi, mais plus ou moins polygonal, pustulette très superficielle, analogue à la pustule du début de l'impetigo vulgaire, mais avec réaction inflammatoire périphérique plus marquée.

Une lésion de l'abdomen a pu être suivie dans toute son évolution. Le premier jour, pustulette de la surface d'un grain de mil, recouverte d'un épiderme aplati. Tout autour s'étend une zone érythémateuse.

2^e jour. La lésion s'est étendue légèrement. Le toit épidermique de la pustule persiste toujours.

3^e jour. Le toit s'est détaché, laissant à sa place une toute petite ulcération très superficielle de 2 à 3 millimètres de diamètre, avec décollement épidermique tout autour.

4^e jour. Malgré des lotions à l'eau d'Alibour étendue, la lésion ulcéreuse a progressé atteignant la surface d'un confetti. Quelques pustulettes miliaires ont fait leur apparition autour de la lésion primordiale.

5^e jour. La surface ulcérée a englobé les pustulettes nouvelles. Elle atteint les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Autour d'elle une couronne de pustules néoformées et le tout se trouve enchâssé dans un halo inflammatoire et oedémateux qui a deux centimètres de largeur. Le centre de la lésion commence à se surélever. Telle a été l'évolution de cette lésion suivie spécialement pendant cinq jours. Elle pourrait être superposée à celle de tous les autres points de l'épiderme qui furent atteints.

Le « primum movens » de la maladie fut un furoncle, car

c'est autour de sa cicatrice que sont nées les premières petites pustulettes miliaires dont le type répond à la lésion élémentaire décrite plus haut. Elles ont d'ailleurs progressé excentriquement, par de petites pustules leur attenant, et par d'autres isolées en peau saine, dans leur voisinage (celles-ci devenant elles-mêmes un nouveau centre pour une poussée pustuleuse excentrique). Toutes ces lésions ont fini par confluer, d'où le contour polycyclique de la plaque à laquelle leur fusion donna naissance.

Le centre des placards devient suintant par le mécanisme suivant : prenons une pustule dont le toit épidermique s'est rompu. Il reste à sa place une ulcération superficielle, en creux, continuant de s'étendre, elle devient assez régulièrement circulaire avec un fond rosé, assez lisse donnant une abondante sérosité citrine. Elle est limitée par un décollement d'épiderme macéré. Peu à peu le fond se surélève, devient papilleux, prend en somme l'aspect de la syphiloïde papilleuse post-érosive de Jacquet. D'abord assez lisse, cette surface devient tomenteuse, velvetique et enfin l'état papilliforme s'accuse de plus en plus pour donner l'aspect décrit au début de l'observation. L'état papillomateux débute au point le plus anciennement atteint, au centre par conséquent alors que les lésions parues de la périphérie conservent le type pustulo-ulcéreux simple. La dermatite se résume ainsi : pustule superficielle à extension périphérique progressive et excentrique et à évolution végétante au centre.

25 avril. On ne peut pour le moment être renseigné sûrement sur l'évolution totale des placards. Il en existe bien un, à la face interne de la cuisse gauche, qui a évolué complètement, laissant une cicatrice pigmentée, assez superficielle, mais elle était déjà à peu près telle à l'arrivée de la malade et celle-ci ne peut préciser son évolution. Cependant si l'on considère les premiers placards en date, ils semblent pour le moment s'affaïsser au centre, s'y déprimer et l'alure papillomateuse paraît s'y atténuer.

Les réactions ganglionnaires sont restées jusqu'ici des plus faibles. Au pli inguinal gauche, seulement, on note la présence d'un ganglion de la grosseur d'une amande, peu douloureux.

Bon état général. Pas de température. Examen des urines négatif.

30 avril 1942. Les lésions se sont étendues excentriquement. A la périphérie, l'aspect est tout à fait celui des pyodermites avec des pustules très superficielles et une aréole rouge. Ces pustulettes tout à fait au début, ne contiennent pas du pus à proprement parler mais de la sérosité louche. Un suintement séreux, eau de roche, continue de se produire au niveau de toutes les lésions. Les placards les plus anciens présentent un affaissement à leur centre. (Voir à la fin de l'observation les résultats des cultures faites à cette date.)

8 mai 1942. Il y a lieu de noter une extension des lésions par un mécanisme différent de celui décrit jusqu'ici. Au lieu de l'inoculation simple des régions contiguës aux placards, on voit en certains points de ceux-ci une lymphangite reticulaire très superficielle, sur laquelle secondairement se montrent les pustulettes qui deviendront le centre d'une nouvelle lésion. Il y a deux types de cette propagation par lymphangite. Elle s'étend par endroits à la périphérie des placards existant par simple contiguïté. En d'autres points, au contraire, on note, en peau saine, des placards érythémateux isolés, limités par une bordure de couleur plus foncée ressemblant à de l'érythème circiné. Au niveau de ces derniers les pustulettes miliaires apparaissent en bouquet, si bien que l'ensemble de plusieurs placards rappelle un peu l'aspect du zona.

13 juin 1942. Quelques lésions nouvelles sont apparues sur la face antero-externe du bras gauche. Au niveau des plus anciens placards, en date, les pustulettes marginales ont disparu, et on ne note plus qu'un léger décollement épider-

mique. Le centre s'est affaissé, mais n'a pas encore fait place à un épiderme normal. Le seul point complètement guéri est celui de la face antérieure de la poitrine qui avait été traité par des applications de teinture d'iode étendue.

11 août 1912. La malade, très améliorée, demande à sortir.

22 août 1912. La malade est revenue dans le service le 30 juillet. Les lésions de l'abdomen sont complètement guéries, mais il ne s'agit pas cependant d'une « restitutio ad integrum ». A leur niveau la peau est pigmentée de brun, mais il n'y a même plus d'infiltration dermique. L'aspect des lésions au niveau de presque tous les autres points du corps est le suivant : elles sont arrondies ou polycycliques avec limitation parfaite par une bordière surélevée présentant une couronne de pustulettes miliaires. Si on les prend en détail, elles présentent trois zones :

a) Une zone centrale déprimée où la peau est simplement érythémateuse avec quelques pustulettes.

b) Une zone moyenne surélevée, papillaire, chaque papille semblant constituée par un bourgeon portant une vésicule à son extrémité.

c) Tout à fait à la périphérie, une couronne à peu près continue de pustulettes. Suivant l'âge des lésions, c'est l'une ou l'autre des zones qui l'emporte comme superficie.

Il convient de noter une hypertrophie des poils au niveau des lésions, et un prurit intense qui n'existait pas au début.

17 avril 1913. La malade qui avait quitté le service à la fin de l'année dernière, entre de nouveau le 9 avril, la maladie ayant continué d'évoluer. Les lésions actuellement en évolution siègent au milieu de l'avant-bras droit, au mollet droit, à la cuisse gauche et à la cuisse droite.

Avant-bras droit. La partie supérieure de celui-ci est occu-

pée par une lésion en croissant qui embrasse le bord cubital dans sa concavité. C'est au-dessous de la région épitrochléenne qu'elle est le plus accentuée. Elle est uniformément surélevée, recouverte d'un croûte suintante, sur laquelle on voit des gouttelettes séreuses. Elle se limite nettement à la partie supérieure par un sillon creusé dans l'épiderme, qui laisse sourdre une sérosité citrine. Pas de pustulettes marginales. La lésion semble tendre vers la guérison.

Jambe droite. La plaque occupe toute la région antéro-externe, sa surface est d'environ 18×15 centimètres. Elle n'évolue plus actuellement qu'à la partie inférieure et latéralement. Le centre et la partie supérieure, cicatrisés, présentent simplement un épiderme pigmenté de coloration brunâtre. Les lésions en évolution ont le même aspect que toutes celles qui furent précédemment décrites au cours de l'observation.

Cuisse gauche. Plaque allongée parallèlement au grand axe de la cuisse, de 7×3 centimètres. Elle est surélevée par places, présente en certains points quelques pustulettes marginales et se confond peu à peu à sa partie supérieure avec la matrice pigmentaire qui marque l'emplacement des anciennes lésions.

Cuisse droite. A la partie supérieure de la face postérieure, une plaque de 5×5 centimètres, circulaire, cicatrice d'une lésion guérie, mais sur son pourtour on compte sept foyers surélevés, ayant respectivement les dimensions d'une pièce de 0 fr.50 à des stades d'évolution divers. L'un d'eux, caractérisé nettement par un placard central surélevé, entouré d'une couronne de pustulettes miliaires péryphériques. Toutes ces lésions sont très prurigineuses.

On institue un traitement interne consistant en injections de serum antistaphylococcique (1).

(1) Voir au chapitre IV, page l'exposition détaillée des résultats de laboratoire obtenus par le Dr Gaté en cultivant en milieux appropriés le contenu des pustules.

23 mai 1913. Première injection de serum (10 millions).
Pas de température le soir ni le lendemain.

29 mai 1913. Deuxième injection (10 millions). Pas de réaction thermique.

2 juin 1913. Injection (50 millions). Température : 37,8 le soir.

9 juin 1913. Injection (500 millions). Pas de température.

17 juin 1913. Injection (1.000 millions).

21 juin 1913. La malade sort du service sans résultat appréciable.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

des 12 cas publiés de

MALADIE DE HALLOPEAU

N°	AGE	SEXE	ANTÉCÉDENTS	ÉTIOLOGIE	Régions particulière- ment atteintes	DURÉE	REMARQUES	RAPORTEURS
I	49	F.	?	?	Aînes, doigts, langue.	2 ans 1/2	Chute de toute la 1 ^{re} phalange de l'index droit.	Hallopeau et Monod, 1889.
II	50	M.	?	?	Abdomen, cuisses, cuir chevelu.	4 ans	Les lésions du cuir chevelu rappellent les circonvol. cérébrales.	Fournier et Feulard, 1889.
III	?	M.	?	?	Périnée, scrotum bouche.	?	Douleurs vives au niveau des foyers.	Hudelo et Wickham, 1891.
IV	19	M.	Crise diarrhéiques depuis l'enfance.	?	Joues, nez, lèvres, langue.	1 an	Langue remarquablement épaissie. Les pustules renferment du bactérium coli.	Hallopeau et Ledamanny, 1895
V	45	F.	Rhumatisme art. pleurésie.	Plaie de la tête par chute.	Plis inguinaux, dos, cuir chevelu bras g., anus, joues.	2 ans	Amélioration rapide des lésions par le naphtol camphré.	Hallopeau et Monod, 1895.
VI	?	M.	?	Affection suppurée d'un doigt consécutive à un traumatisme.	?	?	?	Halsund, 1896.
VII	?	F.	?	?	Bouche, vulve, ombilic, membres	2 ans	La M. de H. fut suivie de pemphigus végétans.	Hallopeau, 1898
VIII	26	F.	Diphtérie, rougeole, érysipèle.	Dermatite auriculaire par les boucles d'oreille.	Oreille, muqueuse, pituitaire ombilic, abdomen	2 ans	L'affection a pris à un moment l'allure d'une septicémie.	Ledermann, 1904.
IX	36	M.	Ex. à 20 ans	Furoncle.	A peu près toutes les régions	3 mois 1/2	Amélioration rapide par les bains quotidiens.	Gaucher, 1906.
X	26	F.	?	?	Cuir chevelu, nuque, face, dos, parties génitales	2 ans 1/2	Guérison par le vaccin antistaphylococcique.	R. Crocker, 1908.
XI	49	F.	?	Blessure au niveau du pied droit	Pied, jambes vulve, aisselles.	15 mois	Guérison par un érysipèle intercurrent	Brocq et François, 1912.
XII	52	F.	Fièvre typhoïde à 20 ans.	Furoncle de la cuisse gauche.	Cuisses, abdomen, bras.	Évolue depuis 2 ans	Rebelle à tout traitement.	Nicolas, 1912.

CONCLUSIONS

I. — En 1889, Hallopeau a détaché du groupe des affections pustulo-végétantes de la peau, une dermatose spéciale à laquelle il donna primitivement le nom de « Dermatite pustuleuse, chronique et végétante, en foyers, à progression excentrique » et ultérieurement celui de « Pyodermite végétante ».

II. — Cliniquement cette maladie est caractérisée au début par une éruption de pustules miliaires. Par inoculation locale continue, ces pustules se développent excentriquement. Elles forment bientôt de vastes plaques circulaires; très prurigineuses dont le centre devient peu à peu végétant. Ces lésions guérissent, au bout d'un temps généralement très long, en laissant une pigmentation foncée à la peau, au niveau des régions qu'elles occupaient. L'évolution de la dermatite n'influence que légèrement sur l'état général du malade qui en est atteint.

III. — L'anatomie pathologique montre que c'est une dermatose superficielle. L'aspect végétant est dû à une

hypertrophie en masse des papilles du derme qui sont de plus très œdématisées.

IV. — L'étiologie de la « Maladie de Hallopeau » est encore indéterminée. De la culture du contenu des pustules, il résulte que dans presque tous les cas, l'agent pathogène en cause est le staphylocoque. La culture du sang n'a donné que des résultats négatifs.

V. — La thérapeutique mise en œuvre généralement pour traiter les pyodermites, n'agit que très lentement sur les foyers de « Pyodermite Végétante ». Une seule observation rapporte qu'une guérison rapide a succédé à l'injection d'un vaccin préparé en partant de la variété même d'élément pathogène rencontré dans les pustules du malade à traiter.

VI. — La « Maladie de Hallopeau » n'a pas encore une place bien assise dans la classification des maladies de la peau. Le Pemphigus végétans de Neumann dont elle se rapproche le plus, en diffère par la gravité de son pronostic.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu :

LE DOYEN.

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 11 Novembre 1913,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

L. JOSSERAND

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BESNIER-BROCQ et JACQUET. — Pemphigus végétant (*in La pratique dermatologique*, édit. 1902, p. 784).
- BROCQ et FRANÇON. — Cas de maladie de Hallopeau, (*Bull. de la soc. de D. et S.*, juin 1912, p. 230).
- BROCQ-FERNET et FRANÇON. — Deuxième présentation d'un cas de pamphigus végétant (sous-variété, maladie de Hallopeau) très amélioré par un érysipèle. (*Bull. de la soc. de D. et S.*, février 1913, p. 63).
- CHATELAIN. — Dermatite pustuleuse chronique végétante en foyer à progression excentrique par Hallopeau (*in précis des maladies de la peau*, édit. 1893, p. 96).
- COUSTOU. — Le pamphigus végétant (*thèse de Bordeaux*, 1908).
- CROCHER R. — Case of « Pyodermite végétante », of Hallopeau. (*Proc. roy. soc. of méd.*, Lond., 1908-1909).
- Case of « Pyodermite végétante » of Hallopeau. (*The British journal of dermatol.*, June, 1908, p. 234).
- Case of « Pyodermite végétante » of Hallopeau. (*The British journal of D.* Februar, 1909, p. 87).
- DANLOS et HUDELO. — Pemphigus végétant (*Ann. de D. et S.*, 1900, p. 1156).
- DARIER. — Histologie de la maladie de Hallopeau. (*Bull. soc. fr. de D. et S.*, 1891, p. 444-448).
- Du même. — Pyodermite végétante (*in précis de dermatologie*, édit 1909, p. 223).

- DUBRAULH. — Pemphigus végétant (in précis de dermatologie, p. 330).
- FOURNIER et FEULARD. — Sur un nouveau cas de dermatite pustuleuse chronique et végétante, en foyers à progression excentrique. (*Bull. de la soc. fr. de D. et S.*, 1889, p. 220).
- FOX W. — A case of vegetating pemphigus (*The British journal of D.*, june, 1908).
- GAUCHER et MALLOIZEL. — La maladie de Hallopeau. (*Gazette des hôpitaux du 6 déc. 1906*, p. 1659).
- GAUCHER. — Dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique. (in Gilbert et Thoinot. *Traité de méd. et de therap.*, édit. 1909, maladies de la peau, p. 103).
- GROUSSET. — Contribution à l'étude de l'étiologie du pemphigus chronique. (*Thèse de Bordeaux*, 1913).
- HALLOPEAU. — Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Paris 1889. (*Compte-rendu des annales de D. et S.*, 1889, p. 982).
- Dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyer à progression excentrique. (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1890).
- Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chr. et végét. en foyers à progr. excentrique. (*Bull. soc. fr. de D. et S.*, 1891, p. 219).
- Etude comparative sur la dermatite pustuleuse végétante en foyer à progression excentrique et la dermatite herpétiforme de Duhring. (*Ann. de la soc. fr. de D. et S.*, 14 janvier 1892, p. 33, *bull. de la soc. de D.*, 1892, p. 8).
- « Pyodermite végétante », ihre Beziehungen zur dermatitis herpetiformis und der pemphigus vegetans. (*Arch. für D. und S.*, 1898, XLIII, p. 289).
- Sweite mittheilung über « pyodermite végétante. » (*Arch. für D und S.*, 1898, t. XLV, p. 323).
- Nouvelle étude sur une forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann, dite pemphigus végétant. (*Soc. fr. de D. et S.*, 10 nov. 1898, *annal. de la soc. de D. et S.*, 1898, p. 969).
- Sur une forme bulleuse, pustuleuse et cicatricielle

de la maladie de Neumann, considérée antérieurement comme un cas d'iodisme. (*Soc. fr. de D. et S.*, 7 novembre et 5 décembre 1901, *Annales de D. et S.*, 1901, p. 947 et 1055).

HALLOPEAU et BRODIER. — Sur un cas de dermatite herpétiforme végétante. (*Annales de la soc. de D. et S.*, 1894, p. 74.)

HALLOPEAU et LEDAMANY. — Sur un troisième fait de dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progression excentrique. (*Bull. soc. fr. de D. et S.*, 1895, p. 16).

HALLOPEAU et LEREDDE. — Dermatologie. (*Edit. 1900*, p. 730).

HALLOPEAU et MONOD. — Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progression excentrique. (*Bull. soc. fr. de D. et S.*, 1891, p. 219).

Des mêmes. — Sur un cas de dermatite pustuleuse végétante en foyers à progression excentrique et un cas de dermatite herpétiforme végétante. (*Soc. fr. de D.*, 11 juillet 1895, *Annales de D.*, 1895, p. 655).

HALLOPEAU et PRIEUR. — Sur un cas de dermatite suppurative multiforme à poussées successives. (*Annales de la soc. de D. et S.*, 1896, p. 216).

HUDELO et WICKAM. — Sur un cas rare de dermatite herpétiforme de Duhring (variété pustuleuse et végétante). (*Ann. de la soc. fr. de D. et S.*, 1891, p. 1005). (*Bull. de la soc. fr. de D. et S.*, 1891, p. 444).

LEDERMANN R. — Ein Fall von « pyodermite végétante » (*Congrès international de dermatologie de Berlin*, 1904, p. 544).

LEREDDE. — Lésions de la peau et du sang dans la dermatite de Hallopeau et rapports de cette maladie avec la dermatite herpétiforme de Duhring et le pemphigus végétant. (*Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1898, t. xxvii, p. 381) et (*Annales de D. et S.*, 1897, p. 1138, *Annales de D. et S.*, 1899, p. 836).

LOTH. — Report of a unique case of dermatitis herpétiformis pustulosa with his histo-pathology. (*Journal of cutan and gen ur diseases*, 1901, p. 353-359).

UNNA. — Histologie pathologique des maladies de la peau.

Pemphigus végétant, (*ann. de D. et S.*, 1895, p. 921).

ZUMBRESH (von). — Pemphigus végétant. (*Arch. für D. und S.*, 1905, p. 121).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Historique et exposé général	1
CHAPITRE II. — Symptomatologie et évolution clinique.	13
<i>Mode de début</i>	14
<i>Période d'état</i>	15
<i>Distribution</i>	18
<i>Marche, durée, terminaison</i>	20
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	23
CHAPITRE IV. — Etiologie, pathogénie.	29
CHAPITRE V. — Pronostic, traitement.	35
<i>Agents thérapeutiques chimiques</i>	36
<i>Agents thérapeutiques physiques</i>	37
CHAPITRE VI. — Diagnostic différentiel	41
<i>Discussion</i>	45
CHAPITRE VII. — OBSERVATIONS.	49
CONCLUSIONS	93

